E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA	REGIÓN DE SALUD NOROCCIDENTE	CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!	
TIPO DE DOCUMENTO:	**ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:**	**DOCUMENTO**	**PAGINA**
FORMATO	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	**CÓDIGO**	**VERSIÓN**	**FECHA APROBACIÓN** / **FECHA DE VIGENCIA**
FORMULARIO UNICO DE VINCULACION	GTH-CON-FO-156	1	30/11/2023 / 2 AÑOS

El siguiente formulario debe ser diligenciado con letra imprenta y legible

Fecha de Diligenciamiento DD MM AAAA	**Tipo de Solicitud** Cliente ☐ Trabajador ☐ Prestador IPS ☐ Proveedor ☐ Junta Directiva ☐ OPS ☐	
Ciudad	**Oficina**	**Vinculación** ☐ **Actualización** ☐

I. INFORMACIÓN GENERAL

Persona natural

Nombres y apellidos	**Tipo Documento:** C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PAS ☐		**N° Identificación**
Lugar de Expedición	**Fecha de Expedición** DD MM AAAA	**Fecha de Nacimiento** DD MM AAAA	**Lugar de Nacimiento**
Dirección Residencia	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**
Profesión	**Ocupación**		

¿Administra recursos públicos?	Sí ☐ No ☐	**¿Tiene reconocimiento público?**	Sí ☐ No ☐	**¿Tiene grado de poder público?**	Sí ☐ No ☐
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta)	Sí ☐ No ☐	**¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?**	Sí ☐ No ☐	**Indique cuáles:**	

Si su respuesta fue afirmativa, indique por qué:

Persona jurídica

Razón social	**NIT**	**Correo Electrónico**

Tipo de sociedad: Anónima ☐ S.A.S. ☐ Limitada ☐ Otra ☐ ¿Cuál? _____

Tipo de empresa: Privada ☐ Pública ☐ Mixta ☐ Sin ánimo de lucro ☐ Con ánimo de lucro ☐

Actividad económica principal

Comercial ☐ Agropecuaria ☐ Industrial ☐ Servicios ☐ Otro ☐

Transportes ☐ Construcción ☐ Minera ☐ Financiero ☐

¿Cuál?

Código CIIU

Descripción de la actividad económica

Dirección oficina principal	**Teléfono**	**Fax**	**Ciudad**
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Fax**	**Ciudad**

Representante legal

Nombres y apellidos	**Tipo documento:** C.C. ☐ C.E. ☐ PAS ☐		
N° Identificación	**Lugar de expedición**	**Fecha de nacimiento** DD MM AAAA	**Lugar de nacimiento**
Dirección residencia	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**

RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 10% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social y/o Nombres y Apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos		**Total pasivos**
Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**
Otros ingresos (Diferentes a su actividad económica principal)	**Concepto de otros ingresos**	**Patrimonio**

Información financiera a corte de: DD MM AAAA

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tiene referencias financieras Sí ☐ No ☐

Cuenta Corriente ☐ **Ahorros** ☐	**Banco**	**Sucursal**	**Teléfono**
Cuenta Corriente ☐ **Ahorros** ☐	**Banco**	**Sucursal**	**Teléfono**

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	**Teléfono**	**Dirección**	**Ciudad**
Nombre	**Teléfono**	**Dirección**	**Ciudad**

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐

Tipo de transacciones

Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de servicios ☐ Transferencias ☐ Otros ☐

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Banco	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

_____

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Salazar de Villeta, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario. De encontrarse alguna inconsistencia en los anteriores datos, autorizo para que de manera unilateral sean cancelados los vínculos con la ESE Hospital Salazar de Villeta.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ESE Hospital Salazar de Villeta, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.
7. Declaro que autorizo a la Institución **para denegar** mi propuesta en caso de aparecer reportado en las **Listas restrictivas vinculantes e informativas** de acuerdo al Manual de Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación al Terrorismo (SARLAFT) de la Institución y el pliego de condiciones.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SI ☐ NO ☐
2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI ☐ NO ☐
3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI ☐ NO ☐

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

_____

Firma

(Persona natural, si es persona jurídica firma del Representante Legal)

Huella

Fecha diligenciamiento del formulario DD MM AAAA	**Nombre del funcionario que lo diligencia:**	**Firma del funcionario**
Tipo documento: C.C. ☐ C.E. ☐ PAS ☐	**N° Identificación:**	**Lugar de Expedición:**