PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):

DOCUMENTO DE IDENTIDAD P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐ No._____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: DD / MM / AA	Fecha de nacimiento: DD/MM/AA	Oficio, profesión:
	Lugar de nacimiento:	Tipo de vinculación: Planta ☐ Contrato ☐ Agremiado ☐ Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☐
	Dirección de residencia o comercial:	Si su vinculación es por Gremio de la Salud, favor indicar el nombre:
	Ciudad:	Cargo:
	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
	E-mail para notificaciones:	

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si ☐ No ☐. En caso afirmativo, describa en qué ámbito: ☐ Laborales y derechos humanos, ☐ Ambientales, ☐ Comunidad y Sociedad, ☐ Prácticas con Clientes, ☐ Prácticas con Proveedores, ☐ Gobierno Corporativo, ☐ Otra, cuál:

PERSONA JURÍDICA

Nombre o denominación social:		NIT:
E-mail para notificaciones:	Ciudad:	Matrícula o Registro Mercantil No.
Dirección/ Domicilio principal:		Teléfono móvil: Teléfono Fijo: Código CIIU:
Página web de la empresa:		
Número de empleados:		
Tipo de Empresa: Pública ☐Privada ☐Mixta ☐	Actividad económica:	

REPRESENTANTE LEGAL	Primer apellido:		
	Segundo apellido:		
	Nombre(s):		
	Documento de identidad	P.P.☐C.C.☐ C.E. ☐	No.
		Lugar de expedición:	Fecha de expedición:
	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DE MÁS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL

(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si ☐ No ☐. En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos ☐ Ambientales ☐ Comunidad y Sociedad ☐ Prácticas con Clientes ☐ Prácticas con Proveedores ☐ Gobierno Corporativo ☐ Otras:

Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación
	P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐NIT ☐		
	P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐NIT ☐		
	P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐NIT ☐		
	P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐NIT ☐		

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural y jurídica)

Patrimonio (Pesos): 12.400.000	Pasivos (Pesos):
Activos (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos (Pesos):
Concepto de ingresos: Producto de actividad económica	
Concepto de otros ingresos caso aplica: N/A	

Régimen IVA: responsable ☐ No responsable. Gran contribuyente ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Auto retenedor ☐ En caso afirmativo de Gran contribuyente y auto retenedor favor indicar Resolución:

Declarante de renta: Si ☐ No ☐ Régimen general ☐ Régimen especial ☐
Régimen simple de tributación: Si ☐ No ☐

Activos: Son todos aquellos bienes y derechos (vehículos, dinero en efectivo bien raíces, terrenos, Cdt´s, inversiones, acciones) que se poseen independiente a que se deban o no.
Pasivos: Representa todas nuestras deudas con las diferentes entidades bancarias o con terceros. Patrimonio: Son todos aquellos bienes que son de nuestra propiedad, de los cuales no se tiene ningún tipo deuda.

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA * (Persona natural y jurídica)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐No ☐	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐No ☐
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí ☐No ☐	En caso de respuesta afirmativa, especifique:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Sí ☐No ☐ / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)

**Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, definidos en el Decreto 1674de 2016 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.*

OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural y jurídica)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Envío y/o Recepción de Giros ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuál?

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

INFORMACIÓN BANCARIA (persona natural y jurídica)

ENTIDAD	SUCURSAL	TIPO CUENTA:
No. CUENTA	TELEFONO	EMAIL:

DECLARACIONES (persona natural y jurídica)

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes.
Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinará al lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, para información de terrorismo, grupo terroristas o actividades terroristas o ilícitas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal)

Firma Nombre:
C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐
No. 1.049.642.405
Fecha de firma:

VERIFICACIÓN (Realizada por el Coordinador o Líder de Contratación)

Fecha: DD / MM / AA

Nombre del funcionario responsable:

P.P.☐C.C.☐C.E. ☐T.I. ☐No.

Firma:

Cargo:

Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada Si ☐No ☐

OBSERVACIONES

Información reservada para la E.S.E. Hospital Regional de Duitama

PERSONA NATURAL:

Verificación en Listas:

¿La persona verificada presenta coincidencia en listas? Si ☐No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cuál _____

PERSONA JURIDICA:

Verificación de Información:
- ☐ Nit coincide con razón social suministrada
- ☐ Formato sin huella ni firma
- ☐ Los datos de quien firma el formulario no coinciden con los de cámara de comercio.
- ☐ Otra, Cuál?

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento. (Responsable de la verificación Persona de Contratación asignado al proceso).

Nombre: _____
Área: _____
Fecha: DD / MM / AA Hora: _____