Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Turbo - E.S.E.	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE** **Empresa Social del Estado**		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Clase de Cliente: Proveedor [X] Empleado o Trabajador [ ] F. Diligenciamiento 17 | 04 | 2026 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

Persona Natural (para la persona jurídica esta información será del representante Legal)

Nombres y Apellidos Completos: David Jaime Vivas Builes

Tipo de Documento: CC CE TI N° 71222068 Fecha de Expedición 03-07-1998

Lugar de Nacimiento: Caracas Nacionalidad: Colombiano

Dirección Residencia: Cr 78 # 42 3S Ciudad: Medellin

N° Teléfono casa: 6044888292 N° Celular: 3186107202

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ( ) Independiente ( ) Estudiante ( ) Rentista ( ) Socio (X) Pensionado ( )

Código de Actividad "CIIU" 4690 E-mail: Ventas@manilaspara-eventos.com

Ocupación / Profesión: Gerente

Nombre Empresa donde Trabaja: Manpos SAS Cargo que Desempeña: Gerente

Dirección Empresa: Cr 78 # 42 3S Ciudad: Medellin

Teléfono 604 4488292 E-mail: davidvivas@manilaspara-eventos.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: Manpos SAS

Dirección Oficina Principal: Cr 78 # 42 3S Ciudad: Medellin Teléfono: 6044488292

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Tipo de empresa: Pública Privada X Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?: _____

Código de Actividad "CIIU" 4690

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
1. David Jaime Vivas Builes	CC X CE ___ TI ___ NIT ___	71.222.068
2.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT ___	
3.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT ___	

INFORMACIÓN FINANCIERA

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE **Empresa Social del Estado**		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Total Activos	$ 3.836.189.665		Total Pasivos	$ 269.092.323	
Ingresos Mensuales	$ 943.545.367,75	Otros Ingresos	$	Concepto:	
Egresos Mensuales	$ 849.399.819	Otros Egresos	$	Concepto:	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	**SI**	X	En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones X Exportaciones __ Inversiones__ Prestamos__ Envió y/o Recepción de Giros __Pago de servicios __ Transferencia __ Otros __ Cual?:	**NO**	

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) Venta de medias y polainas con el canal de ingreso en hospitales- áreas de enfermería

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
Bancolombia	San Juan	Ahorros	43076876356

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 del Representante Legal del Proveedor o Empleado



VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Espacio para la entidad)

Fecha de Verificación: | | | | Hora: |

Nombre de quien verifica: _____ Cargo: _____

Resultado de la Verificación:

_____

_____

_____

Firma: _____