| ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia | FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS | CÓDIGO: PD-PD-FT-14 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: OCTUBRE 2023 |
| | | PÁGINA: 1 DE 1 |

Fecha de diligenciamiento: 29 (DÍA) 07 (MES) 2026 (AÑO)

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

**PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas está información será la del representante legal)**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jeniffer Uribe Bermudez — N°. Identificación: 1.036.619.972

Tipo de identificación: CC [x] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] — Fecha de expedición: 27 / 12 / 2006 — Expedida en: Itagui

Fecha de Nacimiento: 19/12/1988 — Lugar de Nacimiento: Caldas-Antioquia — Nacionalidad: Colombiana

Dirección Residencia: Cl 27 D sur 28 50 — País - Dpto. - Ciudad: Medellin — Teléfono casa: 202 9528 — Celular: 312 7487707

**DETALLE ACTIVIDAD**

Asalariado x — Independiente — Estudiante — Rentista — Socio — Pensionado

**PERSONA JURÍDICA**

**Razón Social:** ESE Hospital San Luis Beltran — **NIT:** 890.981.848-6

Dirección oficina principal: Carrera 10 N° 23-08 — Ciudad: San Jeronimo — Teléfono: 858 5997

Código de actividad CIIU: 8610 — E - mail: gerencia@hospitaldesanjeronimo.gov.co

Tipo de empresa: Pública x — Privada ____ — Mixta ____

Inversión extranjera: SI ( ) NO (x) PORCENTAJE ( )

## 2. 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 |
|---|---|---|
| | C.C. C.E. T.I. NIT | |
| | C.C. C.E. T.I. NIT | |
| | C.C. C.E. T.I. NIT | |
| | C.C. C.E. T.I. NIT | |
| | C.C. C.E. T.I. NIT | |

## 4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [ ] — Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación Inversiones [ ] Prestamos [ ] Trasferencias [ ] Otros [ ] Cuál? ____

| Tipo de Producto | Identificación o Numero del Producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## PEPS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? | SI | [ ] | NO | [ ] | INDIQUE |
| ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? | SI | [ ] | NO | [ ] | INDIQUE |
| ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? | SI | [ ] | NO | [ ] | INDIQUE |

## 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

**Declaro expresamente que:**

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios
4. Autorizo al Hsopital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, 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 formato y la búsqueda en listas restricitvas. .
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. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

## 9. FIRMA Y HUELLA

**FIRMA** — **CC:** 1.036.619.972

HUELLA

## 11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

DÍA MES AÑO

| | |
|---|---|
| Fecha de Verificación | Hora |
| Nombre y Cargo de quien verifica | |
| Firma | |
| Resultado de la Verificación | |