	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 24 (DD) 08 (MM) 2026 (AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: Cristian Alexander Hernández Fuentes

Tipo de Documento: CC CE TI N° 830.122.424-4 Fecha de Expedición 31/08/2026

Lugar de Nacimiento Bogotá Nacionalidad: colombiana

Dirección Residencia: Calle 122 #7ª-18 Ciudad: Bogotá

N° Teléfono casa: N° Celular: 3187477010

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" 0010 E-mail: gerente.financiero@frontechcolombia.com

Ocupación / Profesión: Administrador de empresas

Nombre Empresa donde Trabaja: FRONTECH SAS Cargo que Desempeña: Socio -Gerente financiero

Dirección Empresa: Calle 122# 7ª -18 oficina 401 Ciudad: Bogotá

Teléfono 3187477010 E-mail: gerente.financiero@frontechcolombia.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: Frontech SAS

Dirección Oficina Principal: Calle 122 # 7ª-18 Oficina 401 Ciudad: Bogotá

Teléfono: 3187477010

Dirección Oficina Sucursal: Ciudad: Teléfono:

Tipo de empresa: ¿Pública Privada x Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?:

Código de Actividad "CIIU" 4741

	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

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.Gloria Esperanza Giron Rojas	CC _x__ CE ___ TI ___ NIT__	38.264.377
2.Jesus Humberto Mastrodomenico Molano	CC _x__ CE ___ TI ___ NIT__	79.332.232
3 Alexander Ramírez Duque	CC _x__ CE ___ TI ___ NIT__	79.910.241
3.Cristian Alexander Hernández Fuentes	CC _x__ CE ___ TI ___ NIT__	1.016.007.559

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total, Activos $6.773.218 Total Pasivos $4.925.619

Ingresos Mensuales $1.253.988.876 Otros Ingresos $1.336.030 Concepto: Actividades Conexas_____

$

Egresos Mensuales $580.918.664 Otros Egresos Concepto: _____

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	**SI**		En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones__ 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.)
Actividad Principal de la compañía

_____

_____

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	**(601) 343 0000**	**Ahorros**	**20935957398**

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

Cristian Hernández

Firma del Representante Legal del Proveedor o Empleado



	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

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Espacio para la entidad)

Fecha de Verificación: ____ ____ ____ Hora: _____

Nombre de quien verifica: _____ Cargo: _____

Resultado de la Verificación:

_____

_____

_____

Firma: _____