

 GSED	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO: GB-DIGE-MN-01-FT-01
		DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	FECHA EMISIÓN: 10-07-2019
	PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	VERSIÓN: 01	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 8	

Este formato hace parte integral del contrato o convenio suscrito con la entidad y debe ser diligenciado de acuerdo con el instructivo.

Fecha de diligenciamiento

2021 02 23

Tipo de solicitud

Tipo de persona

Jurídica

Natural

☒

Tipo de Vinculación

Usuarios Part

Contratista

Funcionarios

RPE

RSE

Interno

Estudiante T

Militar en Comisión

Proveedores

Estudiante TG

Estudiante PFTHS

Otro

X

Cuál ?

Creación

Actualización

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación

☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ DNI ☐ Otro

Número de identificación

830.008.300

D.V. 2

Cuál ?

Lugar de expedición

Fecha de expedición

AAAA MM DD

Género

Hombre

Mujer

Razón social / Nombres y apellidos completos

CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER JOTA

Fecha de constitución / Fecha de nacimiento

Ciudad de constitución / nacimiento

Depto. de constitución / nacimiento

País de constitución / nacimiento

AAAA MM DD

Bogotá

Cundinamarca

Colombia

Correo electrónico

comercial@centrodecontroldecancer.com

Dirección de domicilio principal

Ciudad

Departamento

País

CORREO 16 A # 84-19

Bogotá

Cundinamarca

Colombia

Número teléfono fijo

Número teléfono celular

Fax

2366973 ext 1602

3166426250

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona Jurídica diligencie los numerales 2.1 al 2.3 y 2.5, si es persona natural diligencie numeral 2.4 y 2.5

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU

Código CIIU

8621

Descripción de la actividad económica principal

Actividades de la práctica médica, sin intervención

Número de empleados

80

2.2 Datos persona jurídica

Tipo de empresa

Pública

Privada

Mixta

Otra

Para entidad Pública indicar tipo de Orden

Nacional

Departamental

Municipal

Distrital

Tipo de sociedad o asociación

Limitada

Anónima

Unipersonal

Comandita simple

Comandita por Acciones

Acciones simplificada

Consortio

Unión Temporal

Otra

Cuál ?

2.3 Composición accionaria

(Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% de capital social, aporte o participación). En caso de uniones temporales o consorcios, señale la identificación de los consorciados o participe en la unión.

	Numero de identificación	Tipo	Nombres y apellidos completos	% Part.
1	79142091	cc	Juan Carlos Arbelaez Echaverry	34%
2	11377069	cc	José Felipe Torres Silva	33%
3	17161252	cc	Cesar Armando Gaitan	33%
4				
5				
6				



DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

FECHA EMISIÓN: 10-07-2019

PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

VERSIÓN: 01

SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI

PÁGINA: 1 de 8

2.4 Datos persona natural

Nivel de estudios

Primaria	☐	Secundaria	☐	Técnico	☐	Ninguno	☐
Tecnólogo	☐	Universitario	☐	Postgrado	☐	Otro	☐

Cuál? _____

Profesión _____

Ocupación / oficio principal

Empleado público	☐	Empleado - socio	☐	Pensionado	☐	Independiente	☐
Empleado privado	☐	Estudiante	☐	Rentista de capital	☐	Otro	☐

Cuál? _____

Código CIIU Descripción de la actividad económica principal

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que ocupa	Dirección de la empresa o negocio
------------------------------------	-----------------	-----------------------------------

Ciudad	Departamento	País	Teléfono	Fax
--------	--------------	------	----------	-----

2.5 Información complementaria de la persona natural o jurídica con respecto a

¿Es funcionario público?	SI ☐ NO ☒	¿Maneja recursos públicos?	SI ☐ NO ☒	¿Goza de reconocimiento público? (artista, deportista, etc)	SI ☐ NO ☒
En su cargo actual, sus decisiones impactan la sociedad o la política?	SI ☐ NO ☒	¿Hace parte de las Ramas del Poder Público?	SI ☐ NO ☒	En los últimos dos años ha manejado Recursos Públicos?	SI ☐ NO ☒

3. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

Relación con el titular

Representante legal	☒	ApoDERADO	☐
---------------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

Tipo de identificación

NIT	☒	C.E.	☐	PA	☐	T.I.	☐	NUIP	☐	DNI	☐	Otro	☐
-----	-------------------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------

Número de identificación

Cuál? _____

Nombres y apellidos completos

Fecha de nacimiento Ciudad de nacimiento Departamento de nacimiento País de nacimiento

Cargo que ocupa Correo electrónico

Dirección de domicilio principal Ciudad Departamento País

Número teléfono fijo Número teléfono celular Fax

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresadas en pesos

Con corte a:

Ingresos mensuales	1.690.270.146	Total activos	34.370.283.787
Otros ingresos	1.307.177.000	Total pasivos	23.840.547.023
Egresos mensuales	1.416.900.879	Patrimonio (activos - pasivos)	\$ 21.989.478
Concepto otros ingresos	Amortizaciones		

 GSED	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO: GB-DIGE-MN-01-FT-01
		DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	FECHA EMISIÓN: 10-07-2019
		PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	VERSIÓN: 01
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 8

4.2 Actividades en moneda extranjera

Si realiza actividades en moneda extranjera, indique

Tipo de producto	Importaciones	☐	Compra de divisas	☐	Giros	☐
	Exportaciones	☐	Venta de divisas	☐	Pago de servicios	☐
	Inversiones	☐	Préstamos	☐	Otro	☐

Cuál?

Entidad

Moneda Monto promedio mensual de operaciones \$ Ciudad País

5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

En relación con el tipo de vinculación, seleccione e ingrese la información tributaria

5.1 Impuesto a la renta

Contribuyente ☒ NO Declarante de: Impuesto de Renta ☒ NO Ingresos y Patrimonio ☒ NO Régimen especial ☒ SI ☒ NO

Residente en Colombia ☒ NO

Es Beneficiario de Renta de la Ley 1429 de 2010

☒ SI ☒ NO

Régimen:

Autorretenedor ☐ Exento ☐ No aplica ☐

En caso de seleccionar la opción "No aplica", indique la razón:

5.2 Impuesto al valor agregado -IVA

Servicios prestados y/o bienes suministrados son gravados ☒ SI ☒ NO Responsable IVA ☒ SI ☒ NO Régimen Común ☒ Simplificado ☐

Aplicación del impuesto

Servicios y/o bienes exentos ☒ Servicios y/o bienes excluidos ☐ Gran contribuyente ☐ Agente retención IVA ☐

5.3 Impuesto de industria y comercio, avisos y tableros - ICA

¿La actividad (ventas/servicio), está sujeta? ☒ SI ☒ NO

¿Es servicio de intermediación en Bogotá?

☒ SI ☒ NO

¿El servicio es prestado en? (Indicar el departamento, la ciudad o municipio)

¿El contrato es de compraventa? ☒ SI ☒ NO

En caso afirmativo, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de Bogotá? ☐ SI ☒ NO

Código CIU	Tarifa (por mil)

Código CIU	Tarifa (por mil)

6. INFORMACIÓN PARA PAGO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que se vincula, en la que se realizarán los pagos.

6.1 Para pagos corrientes

Nombre entidad financiera

Tipo de cuenta bancaria:

Ahorros ☐ Corriente ☒

Número



DIRECCIÓN - OFICINA DE CUMPLIMIENTO

PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

VERSIÓN: 01

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI

PÁGINA: 1 de 8

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, circular 09 de 2016 de Supersalud y demás normas legales concordantes para prevención del lavado de activos

1. Los bienes y recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc.)

Prestador de servicios de salud especializados en Radioterapia, Oncoterapia y Radiocirugía oncológica

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con HOMIL

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.HOMIL.gov.co

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, iv) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

10. DECLARACIÓN FATCA

Obligado a Tributar en Estados Unidos



Número de identificación tributaria Estadounidense "TIN"

Declaro que

1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos

2. Soy poseedor de la tarjeta de residencia "Green Card"

3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos (FDAP*), proviene de fuente de riqueza ubicada en los Estados Unidos

4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que produce intereses o dividendos de fuente de los Estados Unidos

* Cualquier ingreso fijo o determinable anual o periódico

SI	NO
	X
	X
	X
	X

11. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

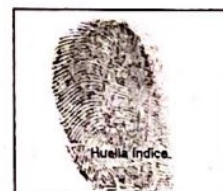
Nombre

Número de documento de identificación

2024/02/23

Fecha de firma

Firma



HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO: GB-DIGE-MN-01-FT-01
 		DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	FECHA EMISIÓN: 10-07-2019
		PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	VERSIÓN: 01
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 8

12. INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR HOMIL

Entidad	Convenio	Contrato	Fecha de suscripción		
Convenio / Contrato			AAAA	MM	DD

Información a Confirmar	Resultado	Nombre y firma de quien realiza la	Fecha de Confirmación/V	Observaciones
Información básica de la persona natural o jurídica				
Actividad Económica				
Representante legal o apoderado				
Información Financiera				
Información Tributaria				
Información para desembolso				
Declaración origen y destino de fondos				
Firma				

NOTA: La documentación o información que no pueda ser verificada, sea inconsistente o presenta adulteraciones, será considerada como inusual y debe ser reportada al Oficial de Cumplimiento mediante el procedimiento establecido, por HOMIL, para tal fin.

13. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Se deberá anexar como mínimo la siguiente documentación, sin perjuicio de la demás solicitada de acuerdo con la modalidad de selección:
- Cuando se trate de un proceso de contratación, bajo una modalidad de selección diferente a contratación directa se adjuntarán además de los requeridos en las reglas de participación o términos de referencia, los señalados en los numerales 2, 3, 4, 5, 7, 12. Nota: En caso de haber aportado esta documentación para la presentación de la oferta no deberán adjuntarse nuevamente.
 - Cuando se trate de contratación directa se adjuntarán los señalados en los numerales 1 al 14 según corresponda a persona natural o jurídica.
 - Si usted es potencial cliente de HOMIL, deberá adjuntar los señalados en los numerales 2, 3, 4, 5.

- ☐ Formato de Hoja de Vida (para persona natural será la del SIGEP y para persona jurídica la definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP)
- ☐ RUT
- ☐ Certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio o entidad competente (No mayor a 30 días)
- ☐ Estados Financieros (último corte anual): Balance General y Estado de Resultados, firmados por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal según corresponda.
- ☐ Fotocopia del documento de identificación (incluir el del representante legal)
- ☐ Fotocopia Libreta militar (Cuando aplica)
- ☐ Certificaciones que demuestren la experiencia
- ☐ Fotocopia Tarjeta profesional
- ☐ Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios de la profesión
- ☐ Certificación de estudios (de acuerdo con lo relacionado en la Hoja de Vida)
- ☐ Fotocopia afiliación como cotizante al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión y/o planillas de pago (para persona jurídica la certificación deberá incluir el pago de parafiscales y deberá estar firmada por el Revisor Fiscal)
- ☐ Certificación Bancaria (con vigencia no mayor a 30 días), de la cuenta donde HOMIL depositará los recursos del pago.
- ☐ Formato de Declaración de Bienes y Rentas (SIGEP)
- ☐ Certificado médico ocupacional vigente (Para contratos de prestación de servicios)

Documentos aportados por HOMIL

- ☐ Certificado de Antecedentes Judiciales - Policía (para persona jurídica será el del representante legal)
- ☐ Certificado de Antecedentes Disciplinarios - Procuraduría (incluir el del representante legal)
- ☐ Boletín de Responsables Fiscales - Contraloría (incluir el del representante legal)
- ☐ Consulta OFAC - ONU

PN	PJ
X	X
X	X
	X
	X
X	
X	
X	X
X	
X	
X	
X	X
X	X
X	
X	

X	
X	X
X	X
X	X