	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 09 10 2026 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: Arnobal Méndez Polanco

Tipo de Documento: CC CE TI N° 14872989 Fecha de Expedición 11/6/1973

Lugar de Nacimiento: Buga-valle del cauca Nacionalidad: Colombia

Dirección Residencia: Cl 5 39 46 Ciudad: Cali

N° Teléfono casa: N° Celular: 3042062682

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" E-mail:

Ocupación / Profesión:

Nombre Empresa donde Trabaja: Cargo que Desempeña:

Dirección Empresa: Ciudad:

Teléfono E-mail:

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: ENSALUD FARMA SAS

Dirección Oficina Principal: CL 5 39 46 Ciudad: Cali Teléfono: 3042062682

Dirección Oficina Sucursal: Ciudad: Teléfono:

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

Código de Actividad "CIIU" 4773

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.ENSALUD GROUP SAS	CC ___ CE ___ TI ___ NIT_X__	901.044.024-4
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	$ 1.361.178.537		Total Pasivos	$ 1.232.654.880	
Ingresos Mensuales	$ 270932605	Otros Ingresos	$ 3.100.832	Concepto:	
Egresos Mensuales	$ 264.969.444	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**	**X**

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc Comercialización de la compra, almacenamiento, y mediación en la venta de toda clase de medicamentos e insumos

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.

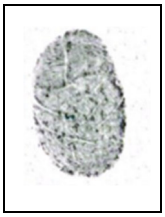
INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
Banco de Bogotá	**Cali**	**Corriente**	**445530009**

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: _____