



FORMATO

CODIGO

GE-S5-F8

VERSION

1

VIGENCIA

16/07/2021

PAGINA 1 DE 2

## FORMATO DE VINCULACIÓN PROVEEDORES Y PRESTADORES.

Fecha diligenciamiento	de	DD	MM	AAAA	Ciudad:		Tipo Solicitud:	Nuevo		Actualización	
------------------------	----	----	----	------	---------	--	-----------------	-------	--	---------------	--

## 1. PERSONA NATURAL

Apellidos					Nombres										
Documento Identidad:	C.C		C.E	No.	Fecha Expedición	de	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición					
Fecha Nacimiento	de	DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento	SEXO	F	M	Nacionalidad						
Dirección Residencia					Ciudad					Departamento					
E-mail					No. Teléfono					No. Celular					
Actividad Económica / Ocupación / Oficio															
Empresa donde Labora					Cargo					Dirección			Telefono		

## 2. PERSONA JURIDICA

Nombre o razón social					NIT											
Representante legal	Primer nombre				Segundo nombre				Primer apellido				Segundo apellido			
Tipo identificación	de	C.C		C.E	Número	Fecha expedición	de	DD	MM	AAAA	Lugar de expedición					
Fecha nacimiento	de	DD	MM	AAAA	Lugar de nacimiento					Nacionalidad						
Dirección Oficina:					Ciudad					Telefono y Fax						
Tipo de empresa	Pública		Privada	Mixta					Sector de la economía							
Actividad económica					Página WEB y/o correo electrónico											

Accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación

Tipo de identificación	No. Documento	Nombres y Apellidos	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Declaración de Origen de los Ingresos:					
Ingresos mensuales(\$)			Egresos mensuales (\$)		
Activos(\$)			Pasivos (\$)		
Patrimonio (\$)			Otros ingresos (\$)		
Concepto otros ingresos					

4. IDENTIFICACIÓN PEP's Y OPERACIONES INTERNACIONALES						
					<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Ostenta la calidad de PEP-Persona Expuesta Públicamente / Políticamente?						
					<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Realiza Operaciones Internacionales?						
En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor diligenciar el formato HSP-SARLAFT-F05: Formato de Vinculación de Personas Expuestas Públicamente /						
Describa el tipo de operación, ejemplo: Importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre						
5. DECLARO EXPRESAMENTE QUE:						
1. 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.						
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.						
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán al lavado de activos, ni a financiación del terrorismo o similares.						
Firma del Proveedor/Prestador			Huella		Nombre funcionario del Hospital que recibe el formato diligenciado	
6. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO						
Fecha de la verificación	DD	MM	AAAA		Hora	Nombre y cargo de quien verifica
						Firma
Resultado de la Verificación:	Aceptada		OBSERVACIONES GENERALES:			
	Rechazada					