

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra imprenta y legible

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO CONTRIBUYENTE	CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ANTE LA DIAN (4 Dìgitos)	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO			IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/>
(Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)				
DIRECCIÓN	TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL	
CONTACTO COMERCIAL con el HUS	E-MAIL	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL GERENTE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN	DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS			
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/U OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTOS PÚBLICO? (Declaración del proveedor de si tiene o no la condición de personas Politicamente Expuesta (PEP). Es servidor Público)			SI	NO
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? (Señale el tipo de operación: Importaciones _____, exportaciones _____, inversiones _____, prestamos _____, envío y/o recepción de giros _____, pago de servicios _____, transferencias entre otras _____.			SI	NO
CAPITAL PAGADO	MATRÍCULA N°	TIPO DE SOCIEDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN	
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD		
OBJETO SOCIAL				
INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS				
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)	CUENTA NUMERO	ANTIGÜEDAD	
REFERENCIAS COMERCIALES				
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ANTIGÜEDAD	
DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS				
DETALLE:				
Declaro expresamente que:				
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 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla anualmente.				
De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.				
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 presente documento				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL E IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
			HUELLO	

CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
CIRCULAR SARLAFT
INFORMACIÓN GENERAL PARA VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES Y/O PROVEEDORES

Descripción	PN	PJ
Nombre y Apellidos completos o Razón Social según el caso	X	X
Número de identificación: Cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, carné diplomático, pasaporte o NIT.	X	X
Nombre y Apellidos completos del Representante Legal y número de identificación		X
Dirección y teléfono del Representate Legal		X
Lugar y fecha de nacimiento	X	
Dirección y teléfono residencia	X	
Ocupación, oficio o profesión	X	
Declaración voluntaria de origen de los fondos	X	X
¿Maneja recursos públicos y/u ostente algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). ¿Es servidor público?)	X	
¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras)	X	X
Firma y huella del cliente/usuario. Será la del representante en caso de las personas jurídicas	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre e identificación del funcionario de la entidad que lo diligencia	X	X
Tipo de Contribuyente (Régimen común, Autorretenedor, Régimen simplificado, Régimen especial)	X	X
Código de actividad económica ante la DIAN (4 Dígitos)	X	X
Número de la cuenta bancaria autorizada para pagos y/o giros, Dirección y teléfono de oficina de la cuenta	X	X
Descripción de los artículos o servicios ofrecidos	X	X
Contacto Comercial con La ESE Hospital Universitario de La Samaritana	X	X

PN: Identificación requerida del cliente persona natural
PJ: Identificación requerida del cliente persona jurídica