



**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES**



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

05GBS21 - V3

El siguiente formulario debe ser diligenciado con letra impresa y legible

Fecha de Diligenciamiento	<input type="text"/>	Tipo de Solicitud	Cliente <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Prestador IPS <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/>
Ciudad	Oficina	Junta Directiva <input type="checkbox"/>	Visulación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>

I. INFORMACIÓN GENERAL

Persona natural

Nombres y apellidos		Tipo Documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		N° Identificación	
Lugar de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento	
Dirección Residencia		Teléfono		Celular	
Profesión		Ocupación		Ciudad	
¿Administra recursos públicos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene grado de poder público?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique cuáles:	

Si su respuesta fue afirmativa, indique por qué:

Persona jurídica

Razón social		MIT		Correo Electrónico	
Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
Tipo de empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Con ánimo de lucro <input type="checkbox"/>					
Actividad económica principal					¿Cuál?
Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					Código CBU
Transportes <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Minera <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/>					
Descripción de la actividad económica					
Dirección oficina principal		Teléfono		Fax	
Dirección agencia o sucursal		Teléfono		Fax	

Representante legal

Nombres y apellidos		Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>			
N° Identificación	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Dirección residencia		Teléfono		Celular	
				Ciudad	

RELACION DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 10% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social y/o Nombres y Apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación

II. INFORMACIÓN FINANCIERA						
Total activos			Total pasivos			
Ingresos mensuales			Egresos mensuales			
Otros ingresos (distintos a su actividad económica principal)		Concepto de otros ingresos		Patrimonio		
Información financiera a corte de: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
III. INFORMACIÓN BANCARIA						
Tiene referencias financieras Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		Banco		Sucursal	Teléfono	
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		Banco		Sucursal	Teléfono	
IV. REFERENCIAS COMERCIALES						
Nombre		Teléfono		Dirección	Ciudad	
Nombre		Teléfono		Dirección	Ciudad	
V. OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de transacciones				
		Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
Productos financieros en moneda extranjera						
Tipo de producto	No. de producto	Banco	Monto	Ciudad	País	Moneda
VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS						
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario. De encontrarse alguna inconsistencia en los anteriores datos, autorizo para que de manera unilateral sean cancelados los vínculos con la ESE Hospital Universitario de La Samaritana. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Eximimos a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.						
VII. DECLARACIONES ADICIONALES						
1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
VIII. 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 (Persona natural, si es persona jurídica firma del Representante Legal)				 HueLLa		
Fecha diligenciamiento del formulario		Nombre del funcionario que lo diligencia:		Firma del funcionario		
Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		N° identificación:		Lugar de Expedición:		