



**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES**

**05GBS21 - V2**

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra impresa y legible

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO CONTRIBUYENTE	CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ANTE LA DIAN (4 DÍgitos)	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	DV <input type="checkbox"/>	
		<small>(Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)</small>		
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 Políticamente 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	MATRICULA N°	TIPO DE SOCIEDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN	
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD		
OBJETO SOCIAL				
<b>INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS</b>				
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)	CUENTA NÚMERO	ANTIGÜEDAD	
<b>REFERENCIAS COMERCIALES</b>				
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ANTIGÜEDAD	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS</b>				
DETALLE:				
<p>Declaro expresamente que:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL E IDENTIFICACIÓN		FIRMA		HUELLA

**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 nacimietno	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 peración: 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 funcionari 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
Númeo 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**