	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</b> NIT: 891.180.026-5	<b>Código: A2FO1054</b>
	<b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR – CONTRATISTA – EMPLEADO – PERSONA NATURAL</b>	
	<b>Vigencia: 24/05/2022</b>	

## PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b> TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> No. _____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: <u>DD / MM / AA</u>	Fecha de nacimiento: <u>DD / MM / AA</u>	Oficio o profesión:
	Lugar de nacimiento:	Actividad: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
	Dirección de residencia	Dirección Comercial:
	Ciudad:	Cargo:
	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
	E-mail para notificaciones:	

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Sí  No . En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos  Ambientales  Comunidad y Sociedad  Prácticas con Clientes  Prácticas con Proveedores  Gobierno Corporativo  Otras:

### INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural)

Activos (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Patrimonio (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos mensuales (Pesos):
Concepto/otros ingresos:	Año de corte de la información:
Responsable de IVA: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declarante de renta: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

### PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (persona natural)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de respuesta afirmativa, especifique:
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)	

### OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí  No  ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?

Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Préstamos  Envío y/o Recepción de Giros  Pago de Servicios  Transferencias  
 Otras ¿Cuál?

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí  No  En caso afirmativo, indique:


Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

	PN
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	X
Una (1) fotocopia del documento de identidad.	X
Declaración de renta del último año ( si aplica )	X

### DECLARACIONES (persona natural)

**Suministro y actualización de información:** EL CLIENTE \_\_\_\_ PROVEEDOR \_\_\_\_ CONTRATISTA \_\_\_\_ se obliga con la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación o vínculo con el Hospital.

**Origen de los recursos:** Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: A2FO1054</b>
	<b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR – CONTRATISTA – EMPLEADO – PERSONA NATURAL</b>	<b>Versión: 03</b>  <b>Vigencia: 24/05/2022</b>

jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Eximimos a la E.S.E Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.

### OBSERVACIONES

#### INFORMACIÓN RESERVADA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si  No

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual:

#### VERIFICACIÓN

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: DD / MM / AA Lugar \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario responsable:

P.P.  C.C.  C.E.  T.I.  No.

Firma:

Cargo:

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas con el fin de validar la situación de Persona Públicamente Expuesta PEP Sí  No

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento al correo electrónico: [sarlaft@planta.hospitalsvpgarzon.gov.co](mailto:sarlaft@planta.hospitalsvpgarzon.gov.co)

ESPACIO PARA HUELLA

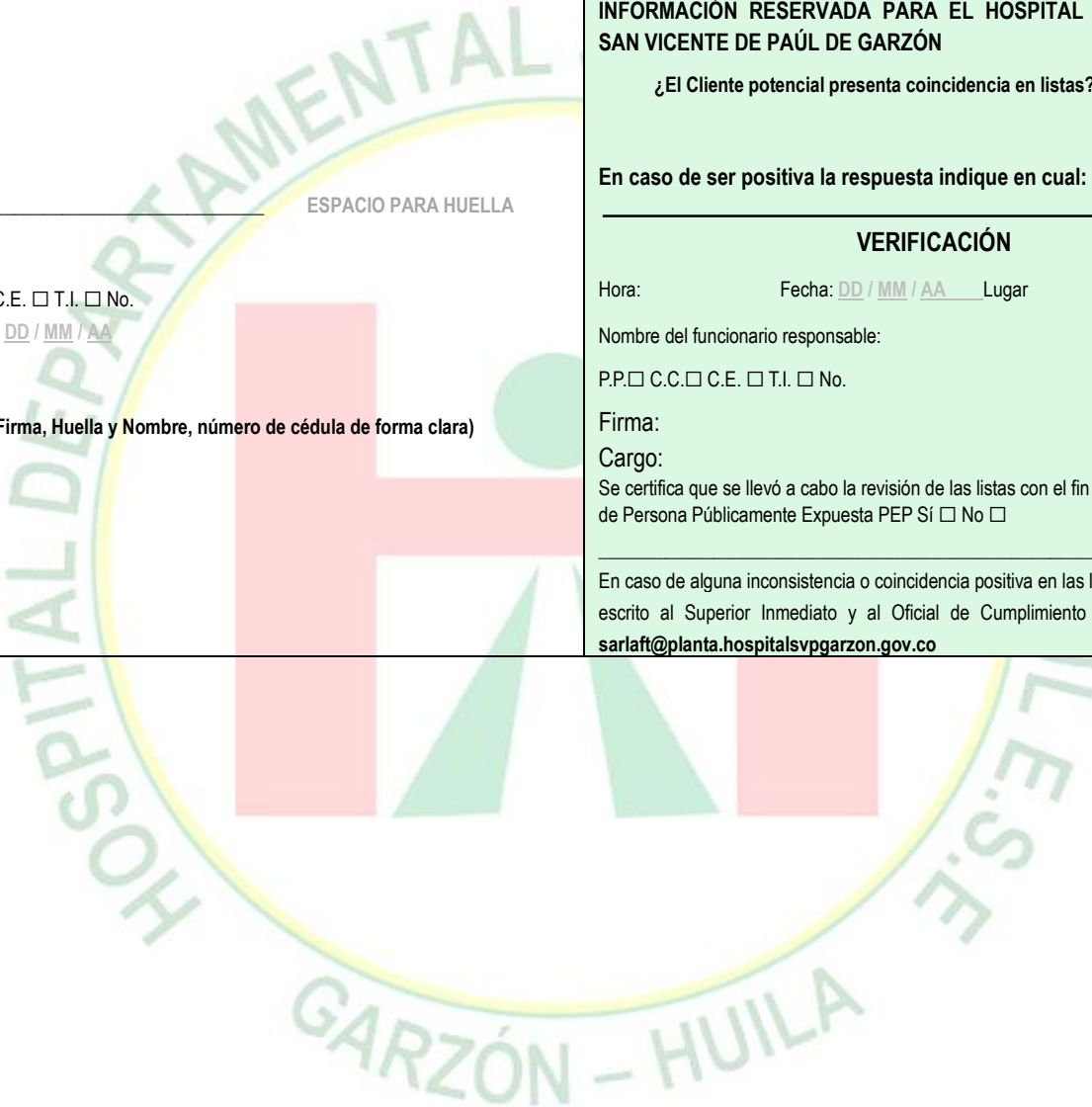
Firma


Nombre:

P.P.  C.C.  C.E.  T.I.  No.

Fecha de firma: DD / MM / AA

(Se solicita la Firma, Huella y Nombre, número de cédula de forma clara)



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: A2FO1054</b> <b>Versión: 03</b>
	<b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR- CONTRATISTA- PERSONA JURIDICA</b>	<b>Vigencia: 24/05/2022</b>

## PERSONA JURÍDICA

Nombre o denominación social:		NIT:	
E-mail para notificaciones:		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Ciudad:		Matrícula o Registro Mercantil No.	
		Teléfono móvil:                      Teléfono Fijo:	
Dirección/ Domicilio principal:		Código CIUU:	
Página web de la empresa:			
Número de empleados:			

Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Actividad económica:
---	----------------------

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	Primer apellido:				
	Segundo apellido:				
	Nombre(s):				
	Documento de identidad		P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No.	
			Lugar de expedición:	Fecha de expedición: <u>DD / MM / AA</u>	
	Nacionalidad:		Fecha de nacimiento: <u>DD / MM / AA</u>	Lugar de nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:			

### IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si  No . En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos  Ambientales  Comunidad y Sociedad  Prácticas con Clientes  Prácticas con Proveedores  Gobierno Corporativo  Otras:

Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	PEP		% de participación
			S	N	
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				

## INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona jurídica)

Activos (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Patrimonio (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos mensuales (Pesos):
Concepto/otros ingresos:	Año de corte de la información:
Responsable de IVA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declarante de renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Gran contribuyente <input type="checkbox"/> Autorretenedor <input type="checkbox"/> Régimen simple de tributación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿cual?	
Tipo de empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿cual?	
Actividad Económica Principal: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Financieros <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿cuál?	
Código actividad económica principal en RUT	



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL  
GARZÓN - HUILA  
NIT: 891.180.026-5**

**Código: A2FO1054**

**Versión: 03**

**FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR-  
CONTRATISTA- PERSONA JURIDICA**

**Vigencia: 24/05/2022**

Descripción de la actividad económica principal:

Nombre de entidad financiera donde tiene la cuenta: \_\_\_\_\_

**PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (Representante legal o quien haga sus veces)**

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si  No

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si  No

¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Si  No

En caso de respuesta afirmativa, especifique

¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta? Si  No  / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación

**OPERACIONES INTERNACIONALES (persona jurídica)**

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si  No  ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?

Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Préstamos  Envío y/o Recepción de Giros  Pago de Servicios  Transferencias

Otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si  No  En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

**DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR**

DOCUMENTO	PJ
Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, con fecha de expedición no mayor a un (1) mes.	X
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	X
Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.	X
Declaración de renta del último año (si aplica)	X

**DECLARACIONES (persona jurídica)**

**Suministro y actualización de información:** EL CLIENTE \_\_\_\_\_ PROVEEDOR \_\_\_\_\_ CONTRATISTA \_\_\_\_\_ se obliga con la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación o vínculo con el Hospital.

**Origen de los recursos:** Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad con relación a procesos LA/FT y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro reportado en las mencionadas listas. Eximimos a la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

**OBSERVACIONES**

**INFORMACIÓN RESERVADA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN**

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si  No

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual:

**VERIFICACIÓN**

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: DD / MM / AA \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario responsable:

P.P.  C.C.  C.E.  T.I.  No.

\_\_\_\_\_  
ESPAÑO PARA HUELLA


Firma

Nombre:

P.P.  C.C.  C.E.  T.I.  No. \_\_\_\_\_

Fecha de firma: DD / MM / AA

(Se solicita la Firma, Huella y Nombre, número de cédula de forma clara)

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: A2FO1054</b>
	<b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR- CONTRATISTA- PERSONA JURIDICA</b>	<b>Versión: 03</b>  <b>Vigencia: 24/05/2022</b>

	Firma:
	Cargo:
	Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas con el fin de validar la situación de Persona Públicamente Expuesta PEP Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento al correo electrónico: <b>sarlaft@planta.hospitalsvpgarzon.gov.co</b>

