

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

PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 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



**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 – EMPLEADO – PERSONA NATURAL**

Vigencia: 24/05/2022

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

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)

