	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

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:
---	----------------------

REPRESENTANTE LEGAL	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.

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)

	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- PERSONA JURIDICA	Vigencia: 24/05/2022

	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: sarlaft@planta.hospitalsvpgarzon.gov.co

