

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra imprenta y legible

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO CONTRIBUYENTE	CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA ANTE LA DIAN (4 DÍgitos)	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	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	MATRÍCULA 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:				
Declaro expresamente que:				
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.				
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 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.				
Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.				
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				
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**

D	PN	P
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 Representante Legal		x
Lugar y fecha de nacimiento	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 operación: 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 funcionario 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
Número de la cuenta bancaria autorizada para pagos y/o giros, Dirección y teléfono de oficina de la cuenta	x	x
Los servicios ofrecidos se encuentran habilitados	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**