



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

05GBS21 - V2

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	DV <input type="checkbox"/>		
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
TOTAL PAGADO		MATRÍCULA N°	TIPO DE SOCIEDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN	
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD			
OBJETO SOCIAL					
INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS					
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)		CUENTA NÚMERO	ANTIGÜEDAD	
REFERENCIAS COMERCIALES					
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN		TELÉFONO	ANTIGÜEDAD	
DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS					
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 destinaran 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**