



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

05GBS21 - V2

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra impresa y legible

| | | | | |
|---|--|--|--|--------|
| CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | TIPO CONTRIBUYENTE | CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ANTE LA DIAN (4 DÍgitos) | |
| NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | 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 | MATRICULA 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: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran 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 document | | | | |
| 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