




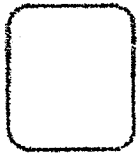
ANEXO 2 PERSONA JURIDICA

	CCOIGO	3.1.4.F03 F02	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT
	VERSION	1	
	FECHA	Dic-27 de 2017	
	TIPO	FORMATO	
PROCESO		GESTION ADMINISTRATIVA	

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 23 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento		Tipo de Oferta o Contratación				Tipo de Sociedad			
de	mes	de	añ	Contratación Particular	Junta Directiva Otro	Proveedor (Qui?)	Funcionario	Vinculación	Actualización
PERSONA JURIDICA									
Razón Social		NIT				Correo electrónico			
Tipo de sociedad:		Asónima	Limitada	S.A.S.	Otra	(Qui?)			
Tipo de empresa:		Publida	Nútica	Héica	Sin ánimo de lucro				
Actividad económica principal									
Salud		Farmacéutica	Químico	Industrial	Otra	(Qui?)			
Transportes		Servicios		Comercial	Financiero	Código CIIU			
Dirección de la actividad económica									
Dirección oficina principal		Teléfono		Celular		Código		Departamento	
Dirección agenda o sucursal		Teléfono		Celular		Código		Departamento	
Representante Legal									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo		Segundo Nombre		Tipo de documento	
CC		CE		PAS		CD		N° Identificación	
Lugar de expedición		Dirección				Teléfono		Código	
Respuesta si o no a las siguientes preguntas									
¿Aporta recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona condecorada PER?			
Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)									
Relación social o nombre y apellidos		Tipo de documento		N° Documento		% de Participación		Respuesta si o no a las siguientes preguntas	
								¿Tiene vínculo con una persona condecorada PER?	
JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)									
Nombres y apellidos		Tipo de documento		N° Documento		Principal o suplente		Respuesta si o no a las siguientes preguntas	
								¿Tiene vínculo con una persona condecorada PER?	
INFORMACIÓN FINANCIERA									
Total activos \$		Total pasivos \$				Patrimonio \$			
Ingresos mensuales \$		Egresos mensuales \$				Otros ingresos \$			
Concepto de otros ingresos		Información financiera a partir de:							
INFORMACIÓN BANCARIA									
Tipo de Cuentas		Entidad Bancaria				Código		Teléfono	
Corriente		Ahorros							

Con hechos, cuidamos tu vida

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ							
	CODIGO	3.1.4.ROS F02					
	VERSION	1					
	FECHA	Dic-29 de 2017					
	TIPO	FORMATO					
	PROCESO	GESTION ADMINISTRATIVA					
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARIIFT							
USO DE LA ESCALA DE CALIDAD REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ							
IV. REFERENCIAS COMERCIALES							
Nombre		Teléfono		Dirección		Ciudad	
V. OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
		Otras					
VI. PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA							
Tipo de producto	SÍM. de producto	Entidad	Nombre	Ciudad	País	Proceda	
VII. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS							
<p>Declaro expresamente que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Debe completarse, oficina, actividad, negocio, etc.): MI actividad, profesión u oficio es legal y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal boliviano (Ley 539 de 2000) o cualquier norma que lo adicional, complementa o modifica). NO declaro que tengamos empleos, recursos ni el nombre, posesiones de vehículos, nichos contemplados en el Código Penal Boliviano (Ley 539 de 2000) o cualquier norma que lo adicional, complementa o modifica), ni relacionaré transacciones financieras a favor de personas relacionadas con los mismos. Cuando se solicite pagar, atender a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ o dar fidejato a la liquidación del (los) Cuentista (s) que me sirvió (s) con la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ en el caso de liquidación de cualquier de las personas relacionadas o en el eventual caso de que por alguna razón de fuerza mayor se liquidara la persona de este documento se mección en las declaraciones por mí efectuadas, manteniendo por lo tanto a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento, a de la violación del fidejato. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla oportunamente. De manera irrevocable a favor de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial, laboral, o que se requiera de manera autorizada para manejar o administrar bienes de otros, incluidos los créditos pignoratarios, la información contenida en este formulario. Los recursos que se derivan del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinan a la financiación de turismo, gastos turísticos o actividades turísticas. Expongo a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquiquirá, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del fidejato. 							
VIII. DECLARACIONES ADICIONALES							
1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de fraude de recursos o de falsificación de documentos?		SI	NO				
2. La familia o alguno de sus miembros han sido incluidos en listas prohibidas como la lista Clinton?		SI	NO				
3. Si es persona natural ha sido incluido en listas prohibidas como la lista Clinton?		SI	NO				
VIII. FIRMA DEL INTERESADO							
Como comandante de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo el siguiente documento:							
 Firma (Persona natural o Representante Legal de una persona jurídica)						 Hueña	
IX. DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA							
Nombre de la persona que lo diligencia				Tipo de documento		Número de identificación	
				CC	CE	PAS	
Firma							

Con hechos, cuidamos tu vida