



ANEXO 2 PERSONA JURIDICA

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS									
		COODIGO	3.1.4.F08.F02			FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT			
		VERSION	1						
		FECHA	Dic. 29 de 2017						
		TIPO	FORMATO						
		PROCESO	GESTION ADMINISTRATIVA						
USO DE LA SESIÓN HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ									
Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 009009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.									
Fecha de diligenciamiento		Tipo de Cliente o Contratante				Tipo de Solicitud			
de mes año		Contratista		Junta Directiva		Proveedor		Funcionario	
		Particular		Otro		¿Cuál?		Activación	
II. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURIDICA									
Razón Social				NIT		Correo electrónico			
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra	
Tipo de empresa:		Privada		Pública		Mista		Sin ánimo de lucro	
Actividad económica principal									
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro	
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIIU	
Descripción de la actividad económica									
Dirección oficina principal				Teléfono		Celular		Código	
Dirección agencia o sucursal				Teléfono		Celular		Código	
Representante Legal									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento	
								CC CE PAS CD	
Lugar de expedición		Dirección		Teléfono		Código			
Responda si o no a las siguientes preguntas ¿Administra recursos públicos? ¿Tiene reconocimiento público? ¿Tiene grado de poder público? ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?									
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)									
Razón social o nombres y apellidos		Tipo de documento		Nº Documento		% de Participación		Responda si o no a las siguientes preguntas ¿Administra recursos públicos? ¿Tiene reconocimiento público? ¿Tiene grado de poder público? ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	
JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)									
Nombres y apellidos		Tipo de documento		Nº Documento		Principal o suplente		Responda si o no a las siguientes preguntas ¿Administra recursos públicos? ¿Tiene reconocimiento público? ¿Tiene grado de poder público? ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	
III. INFORMACIÓN FINANCIERA									
Total activos \$				Total pasivos \$				Patrimonio \$	
Ingresos mensuales \$				Egresos mensuales \$				Otros ingresos \$	
Concepto de otros ingresos				Información financiera a corte de:					
IV. INFORMACIÓN BANCARIA									
Tipo de Cuenta		Entidad Financiera				Subcuenta		Teléfono	
Corriente Ahorros									

Con hechos, cuidamos tu vida

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS							
	CODIGO	3.1.4.P08 F02					
	VERSION	1					
	FECHA	Dic-29 de 2017					
	TIPO	FORMATO					
	PROCESO	GESTION ADMINISTRATIVA					
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT							
USO DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ							
IV. REFERENCIAS COMERCIALES							
Nombre		Teléfono		Dirección		Ciudad	
V. OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones					
Si ☐ No ☐		Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
		Otros					
VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS							
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que pudiese provenir de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): 2. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y le es propio dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique). 3. No admitiré que terceros antepongan recursos en mi nombre, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Cuando a mí no haya lugar, autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ en el caso de inhabilitación de cualquiera de los representantes anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí realizadas, quedando 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 hubiere proporcionado en este documento, o de la veracidad del mismo. 5. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 6. De manera voluntaria autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar 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. 7. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 8. Expongo a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la veracidad del mismo.							
VII. DECLARACIONES ADICIONALES							
1. He sido sancionado o castigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?		Si	No				
2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?		Si	No				
3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?		Si	No				
VIII. FIRMA Y HUELLA							
Como consecuencia 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 si es persona jurídica)				_____ Huella			
DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA							
Nombre de la persona que lo diligencia				Tipo de documento		Número de identificación	
				CC CI PAS			
Firma							

Con hechos, cuidamos tu vida