

	FORMATO	 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR-CONTRATISTA- PERSONA JURIDICA	VERSIÓN: 03
		CODIGO: GD-GER-F-001B
		PAGINA: 1 de 2

PERSONA JURÍDICA				
Nombre o denominación social:		NIT:		
		RUT:		
E-mail para notificaciones:	Ciudad:	Matrícula o Registro Mercantil No.		
Dirección/ Domicilio principal:		Teléfono móvil: Teléfono Fijo:		
Página web de la empresa:		Código CIU:		
Número de empleados:				
Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Actividad económica:		
REPRESENTANTE LEGAL	Primer apellido:			
	Segundo apellido:			
	Nombre(s):			
	Documento de identidad	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No.	
		Lugar de expedición:	Fecha de expedición: DD / MM / AA	
Nacionalidad:		Fecha de nacimiento: DD / MM / AA	Lugar de nacimiento:	
IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE PARTICIPACIÓN EN EL NEGOCIO Y QUE SE EVIDENCIE EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL				
(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)				
¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/>				
Comunidad y Sociedad <input type="checkbox"/> Prácticas con Clientes <input type="checkbox"/> Prácticas con Proveedores <input type="checkbox"/> Gobierno Corporativo <input type="checkbox"/> Otras:				
Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación	
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona jurídica)				
Patrimonio (Pesos):		Pasivos (Pesos):		
Activos (Pesos):		Egresos mensuales (Pesos):		
Ingresos mensuales (Pesos):		Otros ingresos (Pesos):		
Concepto/otros ingresos:				
Régimen IVA: Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> No responsable <input type="checkbox"/> Beneficiario Ley 1429 de 2010 <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)				
Declarante de renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>				
Nombre de entidad financiera donde tiene la cuenta: _____				
OPERACIONES INTERNACIONALES (persona jurídica)				
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?				
<input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Giros <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuál? _____				

¡Corazón para Servir!

Calle 9 No. 15-25 **PBX:** 871 5907 **FAX:** 871 4415 – 871 4440 Call center: 8631672 Línea Gratuita: 018000957878

Correo Institucional: Hospital.universitario@huhmp.gov.co

Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva

www.hospitalneiva.gov.co

Neiva – Huila - Colombia

	FORMATO	 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR- CONTRATISTA- PERSONA JURIDICA	VERSIÓN: 03
		CODIGO: GD-GER-F-001B
		PAGINA: 2 de 2

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si No En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR		
DOCUMENTO	PN	PJ
Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, con fecha de expedición no mayor a un (1) mes.		X
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	X	X
Una (1) fotocopia del documento de identidad.	X	
Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.		X
Estados financieros con corte al último año, debidamente firmados por el contador público o el revisor fiscal y el representante legal.		X
Declaración de renta del último año (si aplica)	X	X

DECLARACIONES (persona jurídica)

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo al **Hospital Universitario de Neiva**, para que solicite, procese, verifique, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Eximimos a la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

OBSERVACIONES

_____ ESPACIO PARA HUELLA

INFORMACIÓN RESERVADA PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA

Firma
Nombre:
 P.P. C.C. C.E. T.I. No. _____
 Fecha de firma: DD / MM / AA

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si No

(Se solicita la Firma, Huella y Nombre, número de cédula de forma clara)

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual:

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento al correo electrónico: sarlaft@huhmp.gov.co