
	<b>DIRECCIÓN ESTRATÉGICA</b>	Código: F-DE-07
	<b>FORMATO DE ACTUALIZACIÓN Y VINCULACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA JURÍDICA</b>	Versión: 1
		Fecha: 25/06/2021
		Página: 1 de 2

FORMATO DE ACTUALIZACIÓN Y VINCULACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA JURÍDICA						
DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE 2016 - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD						
TIPO DE CONSTITUCIÓN LEGAL						
<b>SOCIEDAD ANÓNIMA</b>	<b>SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA (S.A.S)</b>	<b>SOCIEDAD LIMITADA (LTDA.)</b>	<b>SIN ANIMO DE LUCRO/ONG</b>			
OTRO ¿Cuál?						
INFORMACIÓN FINANCIERA						
<b>AÑO DATOS FINANCIEROS</b>		<b>INGRESOS/VENTAS ANUALES</b>		<b>EGRESOS ANUALES</b>		
INGRESOS NO OPERATIVOS		TOTAL INGRESOS ANUALES		UTILIDADES ANUALES		
DESCRIPCIÓN DE INGRESOS NO OPERACIONALES						
<b>ACTIVOS</b>		<b>PASIVOS</b>		<b>PATRIMONIO</b>		
POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA						
<b>PRODUCTO FINANCIERO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>SUCURSAL</b>	<b>ANTIGÜEDAD</b>		
OPERACIONES INTERNACIONALES						
<b>REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA</b>		<b>INDIQUE CUÁLES:</b>			<b>OTRAS:</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IMPORTACIONES</b>	<b>EXPORTACIONES</b>			
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR						
<b>INVERSIONES</b>	<b>TRANSFERENCIAS</b>		<b>OTRAS</b>	<b>¿CUÁLES OTRAS?</b>		
<b>TIPO DE PRODUCTO</b>	<b>NÚMERO DE PRODUCTO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>MONTO</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>PAÍS</b>	<b>MONEDA</b>
SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACION						
<p>EL CLIENTE ___PROVEEDOR___ CONTRATISTA___ se obliga con el <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b> a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b> para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación o vínculo con el Hospital.</p>						
<p>Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente Declaración de Origen de Fondos al <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b>, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación con el Hospital.</p>						
<p>1. Declaro que los recursos que permiten realizar transacciones comerciales con el <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b>. tienen origen o provienen de las siguientes fuentes: _____</p>						
<p>2. Declaro que NO he admitido ni admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que estén relacionadas con las mismas.</p>						
<p>3. Acepto que el <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b> se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mí (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he (hemos) suministrado, el <b>HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES</b> no estará obligado a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negación.</p>						
<p>Igualmente me (nos) comprometo (emos) a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en este formato.</p>						

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS</b> TRABAJAMOS POR UNA SALUD INTEGRAL</p>	<b>DIRECCIÓN ESTRATÉGICA</b>	Código: F-DE-07
	<b>FORMATO DE ACTUALIZACIÓN Y VINCULACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA JURÍDICA</b>	Versión: 1
		Fecha: 25/06/2021
		Página: 2 de 2

<b>En caso de diligenciamiento electrónico:</b> <b>Declaro de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.</b>			
<b>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL</b>		<b>HUELLA</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>			
<b>FIRMA</b>			
<i><b>DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS JURÍDICAS:</b> Se anexarán los documentos que se estipulen en la lista de chequeo- Documentos Legales para contratar.</i>			
<b>ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION</b>			
<b>Resultado de verificación de datos:</b>			
<b>NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:</b>		<b>FECHA :</b>	<b>HORA:</b>
<b>IDENTIFICACIÓN</b>			



**E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS**  
 TRABAJAMOS POR UNA SALUD INTEGRAL

**TRABAJAMOS POR UNA SALUD INTEGRAL**