

|  |
| --- |
|  |
| Nombre/ Denominación o Razón SocialFecha: |
| CC/ NIT |
| Tipo de Proveedor | Medicamentos e Insumos Hospitalarios \_\_\_ | Insumos y servicios administrativos\_\_\_ |
| Actividad Económica |  | Código CIIU |
| Naturaleza de la Entidad | Pública \_\_\_ Privada \_\_\_ Mixta \_\_\_ Otra \_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PrivadaMixtaOtra |
| Naturaleza Jurídica | Anónima \_\_\_ Limitada \_\_\_\_ S.A.S \_\_\_ Otra \_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección Principal |  |
| Teléfono Fijo |  | Celular: |
| Correo Electrónico |  | Página Web: |
| Dirección para envío de Correspondencia |  |
| Nombre del Contacto Comercial |  |
| Teléfono |  | Correo Electrónico |
| Nombre del Contacto Tesorería |  |
| Teléfono |  |  Correo Electrónico |
| Tiempo de experiencia en el mercado:Código actividad Económica |
| **INFORMACIÓN LEGAL** |
| Régimen al que Pertenece | Común\_\_\_ Simplificado \_\_\_ Otro\_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Grandes Contribuyentes |  Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Resolución No : Fecha: |
| Autorretenedor |  Si \_\_\_ No \_\_\_\_ Resolución No. Fecha: |
| Sujeto a Retención en la Fuente |  Si\_\_\_ No\_\_\_\_ Cuál?  |
| Responsable de IVA |  Si\_\_\_ No\_\_\_\_ |
| **INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA** |
| Describa la actividad económica de la cual proviene la mayor parte de sus ingresos:Con ánimo de lucroSin ánimo de lucro |
| Número Total de Empleados vinculados con corte a 31 de diciembre del año anterior: |
| **Datos del Balance a Diciembre 31 del Año Anterior** | **Datos del año actual** |
| Total Activos $ | Total Pasivos $ | Total Patrimonio$ | Ingresos Promedio mes $ | Egresos Promedio Mes $ |
| **BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE SU PROPIEDAD** |
| **Tipo de bien** | **Identificación (Matrícula/ Placas/ Serie)** | **Valor Comercial $** | **Ubicación del bien** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **INFORMACIÓN BANCARIA** |
| Nombre del Banco | Tipo Cuenta: No. Cuenta Antigüedad: |
| Nombre del Banco | Tipo Cuenta No. Cuenta Antigüedad: |
| **ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES** |
| Realiza operaciones en moneda extranjera Si \_\_\_ No \_\_\_ Banco No. Cuenta  |
| Promedio de Operaciones al año en US$ Países en los que realiza operaciones: |
| **INFORMACIÓN DEL REPRESENTATE LEGAL** |
| Nombre y Apellidos |
| Identificación: Lugar de Expedición: Fecha Expedición: |
| Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos Si\_\_\_ No \_\_\_ |
| Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público Si \_\_\_ No \_\_\_ |
| Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Si \_\_\_ No \_\_\_ |
| Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si \_\_\_ No \_\_\_ |
| **INFORMACIÓN DE REVISORES FISCALES (PRINCIPAL Y SUPLENTE)** |
| Nombre o Razón Social Identificación |
| Tarjeta Profesional Dirección: Teléfono |
| Nombre o Razón Social Identificación |
| Tarjeta Profesional: Dirección: Teléfono |
| **INFORMACIÓN MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA** |
| **Nombre o Razón Social** | **Identificación** | **Teléfono** | **Ciudad** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS O SOCIOS CON PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 5%** |
| **Nombre o Razón Social** | **Identificación** | **Teléfono** | **Ciudad** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **CERTIFICACIONES** |
| Sistemas de Gestión Certificados Si\_\_\_ No \_\_\_ En proceso \_\_\_ Cuáles?  |
| **DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGOS** |
| **Declaro expresamente bajo la gravedad de juramento que:**1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Los Recursos que entregue a la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN, provienen de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
4. La información que he suministrado mediante este documento es veraz y verificable y me obligo actualizarla anualmente.
5. Autorizo a la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información comercial, informe, reporte, procese o divulgue, a las centrales de información y riesgo, todo lo referente a mi comportamiento como proveedor general y en especial sobre la existencia, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas. Igualmente autorizó a consultar ante las centrales de riesgo incluidas entidades gubernamentales, mi endeudamiento y la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo.
6. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
7. Lo anterior Indica que la información reportada permanecerá en la base de datos durante el tiempo que la misma ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en las que se efectué el pago de las obligaciones.
8. La Cooperativa de Hospitales de Antioquia cuya sigla es COHAN, informa que los datos personales que se recolectan a través de este formato, serán tratados de manera confiable y segura para los siguientes fines: (i) ejecutar su objeto social; (ii) cumplir con las obligaciones propias y derivadas de la relación jurídica, contractual, estatutaria y/o legal existente con el titular del dato; (iii) Establecer canales de comunicación tradicionales y/o virtuales con el fin de suministrar información sobre los productos, servicios, actividades, y/o acciones de responsabilidad social empresarial realizadas con y hacia sus grupos de interés, lo que incluye atender sus peticiones, quejas y reclamos.
9. Se informa así mismo que los datos serán gestionados en una infraestructura segura por parte de esta organización y/o de sus encargados, de manera confidencial y no serán cedidos a terceros. Pueden ser entregados a autoridades cuando así se requiera conforme a su facultad legal.
10. Adicionalmente a las finalidades antes comunicadas, COHAN está interesada en otorgar a los datos recolectados la finalidad de conocimiento de nuestros grupos de interés para lo cual habrá de aplicar herramientas de analítica de datos a su información, conocer mejor su situación particular y preferencias, crear y diseñar servicios ajustados a sus necesidades.
11. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: habeasdata@cohan.org.co o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección en la ciudad de Medellín: Carrera 48 No. 24-104. Puede consultar la política de privacidad de COHAN en el siguiente sitio web: [www.cohan.org.co](http://www.cohan.org.co)
12. La Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN validará y/o consultará en las listas vinculantes exigidas por el Sarlaft (circular 009 de 2016).
 |
| Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo la presente solicitud de vinculación.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre, firma y Huella del Representante LegalCCFecha Huella índice derecho |
| **OBSERVACIONES** |
| Este formato debe ser diligenciado en su totalidad y enviado físicamente, anexando la siguiente documentación digitalizada (escaneada o en archivos en Word, Excel. PDF o JPG) no se recibirá información impresa.1. RUT
2. Copia de la cédula del Representante Legal
3. Certificado de existencia y Representación Legal (Menor a 30 días de expedición)
4. Certificados de sistemas de gestión (En caso de requerirse)
5. Copia de la Declaración de Rentas último año
6. Estados financieros (Balance General, Estado de Resultados, flujo de Efectivo, notas a los estados financieros) con corte a 31 de diciembre de los dos (2) últimos años.
7. Copia de la tarjeta profesional del contador o revisor fiscal que dictamina los estados financieros.
8. Dos (2) Referencias Comerciales
9. Una (1) Referencia Bancaria
 |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA** |
| Dirección de Abastecimiento Vo.Bo. Fecha  |
| Gerente Financiero Vo.Bo. Fecha |
| Verificación del Empleado de Cumplimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. Empleado de CumplimientoFecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |