|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| 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. En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN informa a quien suscribe el formulario que utilizará la información detallada en el presente documento y todas aquellas personas que tienen relación con esta para los fines autorizados e informados al titular y aquellos señalados en la política de protección de datos de la entidad. También se realizará tratamiento de la información para entregarla o compartirla con autoridades administrativas y judiciales en virtud de un requerimiento legal o reglamentario, es por lo anterior que solicita conocer, actualizar y rectificar la información del titular de la información, recordando los derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información en general. De igual forma se da cumplimiento a lo preceptuado por la circular externa 009 del 21 de abril 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y por código de ética y buen gobierno donde la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN se encuentra obligada a prevenir y controlar la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) en desarrollo de sus actividades.
9. 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** |
| Gerencia Financiera y Dirección de Abastecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo.Bo. Dirección Abastecimiento Vo.Bo. Gerente FinancieroFecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección Administrativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo.Bo. Director AdministrativoFecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Verificación del Empleado de Cumplimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. Empleado de CumplimientoFecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |