



 E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-M02-F03
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCINAL	Versión. 2.0
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO DE VINCULACIÓN PROVEEDORES Y PRESTADORES SARLAFT/ FPADM	Fecha de Aprobación: 09/08/2022

**Formato de Vinculación de los Miembros del Máximo Órgano Directivo SARLAFT /FPADM**

Fecha de diligenciamiento	DD	MM	AAAA	Ciudad:	Pitalito	Tipo de Solicitud:	Nuevo	Actualización	X
	23	6	2022						

**1. PERSONA NATURAL**

Apellidos					Nombres				
Documento Identidad:	C.C	X	C.E	No.	Fecha de Expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento	SEXO	F	M	Nacionalidad	
Dirección Residencia					Ciudad	PITALITO			
E-mail					No. Teléfono				
Actividad Económica /	DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMO INDEPENDIENTE								
Empresa donde Labora				Cargo				Dirección	Telefono


**2. PERSONA JURÍDICA**

Nombre o razón social					NIT				
Representante legal	Primer nombre	Segundo nombre			Primer apellido	Segundo apellido			
Tipo de identificación	C.C		C.E	Número	Fecha de expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Dirección Oficina:					Ciudad			Telefono y Fax	
Tipo de empresa	Pública		Privada	Mixta	Sector de la economía				
Actividad económica					Página WEB y/o correo electrónico				
Accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación									
Tipo de identificación	No. Documento	Nombres y Apellidos	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Declaración de Origen de los Ingresos:		
Ingresos mensuales(\$)		Egresos mensuales (\$)
Activos(\$)		Pasivos (\$)
Patrimonio (\$)		Otros ingresos (\$)
Concepto otros ingresos		
Redactado por:Planeación Operativa y Oficina de Calidad	Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz-Subgerente Administrativa y Financiera	Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud
Fecha de Redacción: 21 de Julio de 2022	Fecha de Revisión: 14 de Septiembre de 2022	Fecha de Aprobación: 09 de Agosto de 2022
Versión Original: Noviembre de 2016	Revisión No. 2.0 Acta No. 004	Resolución No. 168 del 09 de Agosto de 2022



 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b> <b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO DE VINCULACIÓN PROVEEDORES Y PRESTADORES</b> <b>SARLAFT/ FPADM</b>	<b>Formato de Vinculacion</b> <b>Versión. 2.0</b> <b>Fecha de Aprobación:</b> <b>09/08/2022</b>
--	--	--

**4. IDENTIFICACIÓN PEP's Y OPERACIONES INTERNACIONALES**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor diligenciar el formato HSP-SARLAFT-F05: Formato de Vinculación de Personas Expuestas Públicamente / Políticamente – PEP's
¿Ostenta la calidad de PEP-Persona Expuesta Públicamente / Políticamente?	X		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Describa el tipo de operación, ejemplo: Importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras.
¿Realiza Operaciones Internacionales?		X	

**5. DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita 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.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable me comprometo a actualizarla anualmente.

3. Que de manera voluntaria manifiesto que todo declarado es cierto, de conformidad a lo señalado por la Circular Externa No 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Que los recursos utilizados por el desarrollo de mis actividades, no se derivan ni se destinarán al lavado de activos (LA), a la financiación del terrorismo (FT), financiación de grupos terroristas, la ploriferación de armas de destrucción masiva (PDAM), o actividades terroristas.

5. Los recursos que posee la suscrita (persona o empresa) provienen de

_____ Firma Miembro Junta Directiva	Huella	_____ Nombre funcionario del Hospital que recibe el formato diligenciado
--	--------	---

**6. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

Fecha de la verificación	DD	MM	AAAA	Hora	Nombre y cargo de quien verifica

Resultado de la Verificación:	Aceptada	OBSERVACIONES GENERALES:
	Rechazada	

Redactado por: Planeación Operativa y Oficina de Calidad	Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz-Subgerente Administrativa y Financiera	Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud
Fecha de Redacción: 21 de Julio de 2022	Fecha de Revisión: 14 de Septiembre de 2022	Fecha de Aprobación: 09 de Agosto de 2022
Versión Original: Noviembre de 2016	Revisión No. 2.0      Acta No. 004	Resolución No. 168 del 09 de Agosto de 2022