



FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDORES

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|--|--|---|--|---|---|---|--|
| DILIGENCIE LOS DATOS QUE CORRESPONDAN A LA NATURALEZA DEL PROVEEDOR | | NATURALEZA | PERSONA NATURAL | PERSONA JURÍDICA | FECHA | DÍA | MES | AÑO | |
| DATOS PERSONA NATURAL | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: CC CE PASAPORTE CD, N° | | | | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: | | | DÍA MES AÑO | | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | PRIMER NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE: | | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | | | TELÉFONO DOMICILIO: | | CIUDAD/MUNICIPIO: | | DEPARTAMENTO: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | TELÉFONO CELULAR: | | OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX: | | NACIONALIDAD: | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | | DÍA MES AÑO | | SEXO: | | ESTADO CIVIL: SOLTERO UNIÓN LIBRE CASADO DIVORCIADO VIUDO | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA: ASALARIADO SOCIO PENSIONADO RENTISTA OTRO ¿CUÁL? | | | | | | | | CÓDIGO CIU (*) | |
| ¿MANEJA RECURSOS: PÚBLICOS? SI NO | | | ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO | | ¿ES FAMILIAR, ASOCIADO O PERSONA PÚBLICAMENTE RECONOCIDA? SI NO ¿CUÁL? | | | | |
| DATOS PERSONA JURÍDICA | | | | | | | | | |
| RAZÓN SOCIAL: | | | | NIT: | | EMAIL: | | | |
| INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL | | PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | PRIMER NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE: | |
| TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: CC CE PASAPORTE CD, N° | | | | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: | | | DÍA MES AÑO | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | | | TELÉFONO: | | CIUDAD/MUNICIPIO: | | DEPARTAMENTO: | | |
| TIPO DE EMPRESA: | | PÚBLICA PRIVADA MIXTA SECTOR SOLIDARIO | | TIPO DE SOCIEDAD: | | ANÓNIMA LIMITADA SAS SOCIEDAD COLECTIVA SOCIEDAD COMANDITA SIMPLE SOCIEDAD COMANDITA POR ACCIONES | | ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL CONSTRUCCIÓN EDUCACIÓN INDUSTRIAL TRANSPORTE SALUD SERV. FINANCIEROS ¿OTRO? ¿CUÁL? | |
| DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL: | | | | TELÉFONO/FAX: | | CIUDAD/MUNICIPIO: | | DEPARTAMENTO: | |
| PERSONA CONTACTO: | | | | TELÉFONO CELULAR: | | TELÉFONO FIJO: | | | |
| IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTA MÁS DEL 10% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (SI SE REQUIERE MÁS ESPACIO SE DEBE ANEXAR LA RELACIÓN) | | | | | | | | | |
| Nº | DOCUMENTO DE IDENTIDAD/NIT | | | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRE) | | | | % DE PARTICIPACIÓN | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | | | |
| INGRESO MENSUAL: | | | OTROS INGRESOS MENSUALES: | | | TOTAL INGRESOS MENSUALES: | | | |
| INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS: | | | | | | | | | |
| TOTAL EGRESO MENSUAL: | | | TOTAL ACTIVOS: | | | TOTAL PASIVOS: | | | |
| CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS | | | | | | | | | |
| TIPO DE RÉGIMEN | | COMÚN SIMPLIFICADO | | GRAN CONTRIBUYENTE SI NO | | AUTORRETENEDOR SI NO | | RESPONSABLE RENTA SI NO | |
| | | | | RESOLUCIÓN N° | | RESOLUCIÓN N° | | RESOLUCIÓN N° | |
| | | | | | | | | ICA COD. ACTIVIDAD | |
| | | | | | | | | RETEICA SI NO | |
| | | | | | | | | TARIFA ICA | |
| DATOS PROVEEDORES | | | | | | | | | |
| ARRENDAMIENTO: ¿CUÁL? | | | MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES FÍSICAS: | | | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL MQX: | | | |
| ASESORÍAS: ¿CUÁL? | | | PROFESIONAL INDEPENDIENTE: ¿CUÁL? | | | SUMINISTRO DE PAPELERÍA Y ELEMENTOS DE OFICINA: | | | |
| MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, SOFTWARE Y/O REDES: | | | SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERÍA: | | | OTRO: ¿CUÁL? | | | |
| DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH | | | | | | | | | |
| ENTIDAD BANCARIA: | | | SUCURSAL: | | | CIUDAD: | | | |
| TIPO Y NÚMERO DE CUENTA: CORRIENTE AHORROS N° | | | | NOMBRE DE LA CUENTA: | | | | | |
| ACTIVIDAD EN OPERACIÓN INTERNACIONAL | | | | | | | | | |
| ¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO | | IMPORTACIONES | | EXPORTACIONES | | INVERSIONES | | TRANSFERENCIA | |
| | | | | | | | | CRÉDITO EN MONEDA EXTRANJERA PAGO SERVICIOS ¿OTRO? ¿CUÁL? | |
| REFERENCIA COMERCIAL | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO: | | | DIRECCIÓN: | | | TELÉFONO(S): | | | |
| REFERENCIA PERSONAL | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | | DIRECCIÓN: | | | TELÉFONO(S): | | | |
| Todos los espacios de esta solicitud deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información escribir (No aplica). La presente solicitud no compromete al Hospital San Rafael de Fusagasugá a aceptar lo relacionado en la misma. Esta solicitud se realiza únicamente para efectuar el estudio de ingreso como proveedor, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la E.S.E. para el tema de contratación con proveedores. | | | | | | | | | |
| DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS | | | | | | | | | |
| Origen de fondos y/o bienes: obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: | | | | | | | | | |
| 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (detallar ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____. | | | | | | | | | |
| 2. La actividad profesión u oficio que desarrollo es lícito y se ejerce dentro del marco legal, y los recursos y/o bienes que poseo y que utilizaré en desarrollo de la vinculación con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. | | | | | | | | | |
| 3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectúe transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. | | | | | | | | | |
| 4. No me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. | | | | | | | | | |
| 5. Los recursos que deriven de nuestra vinculación contractual con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos y/o actividades terroristas. | | | | | | | | | |
| 6. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas son veraces y verificables y están vigentes durante la vinculación contractual con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y me comprometo a actualizarlas cuando existan modificaciones y conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecido la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá. el incumplimiento de esta obligación faculta a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá a revocar y/o prescindir unilateralmente del contrato con justa causa y adicionalmente exonerar a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta. | | | | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | | | | | | | | | |
| 1. Definiciones: por datos personales se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales que he entregado, entregó y entregaré a la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para su tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos, así como los datos de niños y adolescentes a mi cargo. | | | | | | | | | |
| 2. Alcance: la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá en cumplimiento al decreto 1377 de 2013 y la ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales "habeas data" y para asegurar el riesgo en salud de la población afiliada tanto en régimen subsidiado como en régimen contributivo, requiere de información básica personal de sus afiliados, prestadores, proveedores, funcionarios y asociados que será utilizado de manera transparente, lícita, segura, confiable y únicamente se emplearán para los fines concernientes con nuestro objeto social. | | | | | | | | | |
| 3. Finalidad del tratamiento de los datos personales: nuestros datos personales serán tratados por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, es decir que serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades: como afiliado para la validación de derechos de los afiliados, actualización de datos de los afiliados, autorización para el acceso a los servicios de salud, entrega de datos de contacto a los prestadores adscritos, para garantizar a los afiliados el acceso oportuno a los servicios de salud, evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios, para el envío de información a través de email, mensajes de texto (SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de comunicación sobre su afiliación, campañas o sobre deberes y derechos del plan obligatorio de salud, suministro de información a las autoridades judiciales competentes en caso de ser requerida, caracterización y seguimiento a la población, para la gestión del riesgo en salud, utilizando la información derivada de los servicios asistenciales, requeridos a entidades de control, etc. como prestados o proveedor para vinculación contractual, pagos por la prestación del servicio, al suministrar información a las autoridades competentes en caso de ser requerida, para el envío de información a través de email, mensajes de texto (SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de comunicación y/o cambios en la normatividad vigente. | | | | | | | | | |
| 4. Personas que harán tratamiento: que los datos personales serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios como terceros vinculados. los terceros vinculados necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, tales como; talleres, call centers, investigaciones, estudios estadísticos, abogados externos, especialistas en la salud, centros de apoyo logístico y valoración. | | | | | | | | | |
| 5. Datos sensibles y datos personales de niños y adolescentes: declaro que me ha sido informado que la entrega de los datos sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, así como los que versen sobre niños y adolescentes, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad por los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá. así mismo declaro que me encuentro facultado para suministrar los datos personales de los niños y adolescentes en calidad de representante legal de ellos. | | | | | | | | | |
| 6. Derechos del titular de la información: que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012, en el decreto 1377 de 2013, especialmente tengo derecho a; conocer, consultar, actualizar y rectificar los datos personales; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis datos personales; presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y acceder en forma gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento. | | | | | | | | | |
| 7. Deberes del titular de la información: manifiesto que todos los datos aquí consignados en la presente autorización son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá. de igual forma, me comprometo a actualizar o confirmar la información y/o documentación cada vez que lo amerite, o cuando se presente cualquier cambio en la información relacionada con: los datos de contacto, lugar de residencia fiscal y/o domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca dicho cambio. | | | | | | | | | |
| 8. Política de tratamiento de datos personales: declaro que me han informado que las políticas de tratamiento de datos personales de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página www.hospitaldefusagasuga.gov.co | | | | | | | | | |
| 9. Datos de contacto del responsable: el responsable del tratamiento de la información es la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, cuyos datos son los siguientes: número de identificación tributaria (NIT) 890680025-1, dirección electrónica www.hospitaldefusagasuga.gov.co y línea de atención al cliente (1) 8733000. | | | | | | | | | |
| 10. Autorización. de manera expresa, previa e informada autorizo el tratamiento de mis datos personales y sensibles para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento. | | | | | | | | | |
| Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI _____ NO _____ | | | | | | | | | |
| FIRMA Y HUELLA | | | | | | | | | |
| NOTA: COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA VINCULACIÓN COMO PROVEEDOR Y/O PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____. | | | | | | | | | |
| NOMBRE SOLICITANTE (ESCRIBIR EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) | | | | FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | |
| ESTE ESPACIO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ LA VINCULACIÓN EN CALIDAD DE PROVEEDOR DE LA E.S.E. ESTÁ SUJETA AL RESULTADO DETALLADO EN ESTE ESPACIO. | | | | | | | | | |
| FUNCIONARIO QUE VERIFICA LOS DATOS: | | | | RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: CC CE PASAPORTE CD, N° | | | | ADMITIDO: _____ NO ADMITIDO: _____ | | | | | |
| CARGO: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: _____ | | | | FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ: _____ | | | | | |