



Convocatorias Convocatorias <convocatorias@hci.gov.co>

Documento SARLAFT - Eraso Rivas Jose Antonio

1 mensaje

VIVIANA RUIZ <cartera@distribucionesjaner.com>

7 de junio de 2023, 14:34

Para: convocatorias@hci.gov.co


Buenas tardes,

En respuesta a su solicitud me permito enviar adjunto Documento SARLAFT.

Cordialmente,

--

VIVIANA RUIZ
AUXILIAR CONTABLE

 **DOCUMENTO SARLAFT H. CIVIL DE IPIALES (2).pdf**
632K



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES DOCUMENTOS SARLAFT

FO- 1809

Versión: 1

Vigencia
17/04/2017

Fecha de diligenciamiento	7	6	2023	Ciudad:	PASTO	Tipo de Solicitud	Nuevo <input type="checkbox"/>	Actualizado <input checked="" type="checkbox"/>	
Clase de vinculación:	Prestador <input type="checkbox"/>	Contratista <input type="checkbox"/>	Funcionario <input type="checkbox"/>	Proveedor <input checked="" type="checkbox"/>	Miembro de Junta Directiva <input type="checkbox"/>	Miembro de Junta Control Social <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual <input type="checkbox"/>	
1. PERSONA JURIDICA									
Nombre o razón social	ERASO RIVAS JOSÉ ANTONIO / DISTRIBUCIONES HOSPITALARIAS JANER				NIT	5.199.626	DV	3	
Representante legal:	ERASO	RIVAS	JOSE	ANTONIO					
C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	P.S. <input type="checkbox"/>	Numero:	5.199.626	Fecha de expedición	24	02	1965	
Fecha de nacimiento	13	12	1943	Lugar de nacimiento	PASTO-NARIÑO	Nacionalidad	COLOMBIANA		
Dirección	CALLE 12 No. 32 - 77 B/LA AURORA			Ciudad	PASTO	Teléfono	729 90 31	Fax	
Tipo de empresa:	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input checked="" type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Sector de la economía		Código CIU	4645		
Actividad económica:	Salud <input checked="" type="checkbox"/>	Comercial <input checked="" type="checkbox"/>	Consultoría / Asesoría <input type="checkbox"/>	Comunicaciones <input type="checkbox"/>	Servicios financieros <input type="checkbox"/>				
Otra <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>			Email					

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital, aporte o participación		
No.	Documento de identidad	Nombre completo o razón social
100%	5.199.626	JOSE ANTONIO ERASO RIVAS

Ingresos mensuales (\$)	2.156.439.876	Egresos mensuales (\$)	250.106.600
Activos (\$)	14.082.334.011	Pasivos (\$)	7.812.618.456
Patrimonio (\$)	6.269.715.555	Otros Ingresos (\$)	544.492.492
Concepto otros ingresos	DESCUENTOS COMERCIALES CONDICIONADOS		

2. PERSONAS PEP					
¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Por su cargo ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>			
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Indique		
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Indique		

3. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS	
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 el presente formulario es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.	
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable jurídicamente por la comisión de delitos contra la administración pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecte el patrimonio del estado.	
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	
Origen:	COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR.

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias

Otra Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI NO ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION O NUMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Jurídica

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Certificado de Existencia y Representación Legal o Cámara de Comercio no mayor a 30 días. 2. Copia del Rut. 3. Composición Accionaria avalada por Revisor Fiscal. 4. Fotocopia de la cédula del Representante Legal. 5. Estados Financieros actualizados y certificados por Revisor Fiscal. 6. Declaración de Renta del último año. 7. Certificación SARLAFT para las entidades que estén vigiladas bajo la Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, Superintendencia Solidaria y Superintendencia de Salud. 8. Antecedentes disciplinarios (procuraduría) 9. Antecedentes fiscales (contraloría). 10. Antecedentes judiciales (Policía Nacional). 11. Diligenciamiento del formato Formato Único de Vinculación

5. CLAUSULA DE AUTORIZACION

1. DEFINICIONES:

El Hospital Civil de Ipiales se denominará HOSPITAL CIVIL DE IPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Los intermediarios, proveedores, socios, aliados estratégicos, o entidades dentro o fuera del territorio nacional que prestan servicios al Hospital Civil de Ipiales relacionados con el objeto social de la organización se denominarán TERCEROS VINCULADOS.

Por DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales (tal como se entienden estos bajo la legislación vigente) que he entregado con anterioridad al Hospital Civil de Ipiales, que entrego con este documento, y que entregue en el futuro o que Hospital Civil de Ipiales reciba de conformidad con este documento 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.

2. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:

Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por Hospital Civil de Ipiales, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades

- El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como asegurado, beneficiario, proveedor, funcionario, Intermediario, apoderadorador, asegurado, beneficiario, consumidor financiero, contraparte contractual y/o proveedor, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS al Hospital Civil de Ipiales.
- El proceso de negociación de contratos con el Hospital Civil de Ipiales, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS al Hospital Civil de Ipiales.
- La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general.
- Envío de información relativa encuestas de satisfacción de servicio y ofertas comerciales de los servicios de el Hospital Civil de Ipiales, así como de otros servicios o productos inherentes a la actividad de la organización.
- Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- La prevención y control del lavado de activos internacionales e intergubernamentales en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo de conformidad con la normativa vigente en Colombia.

3. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO:

Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por el Hospital Civil de Ipiales como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios o los TERCEROS VINCULADOS. Los DATOS PERSONALES podrán ser transmitidos o transferidos para las finalidades mencionadas, a:

- Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de el Hospital Civil de Ipiales.
- Los TERCEROS VINCULADOS necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con el Hospital Civil de Ipiales, tales como: Investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.
- Las personas con las cuales Hospital Civil de Ipiales adelante gestiones para efectos de celebrar contratos.

4. 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 para 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 el Hospital Civil de Ipiales. Así mismo declaro que me encuentro facultado para suministrar los DATOS PERSONALES de los niños y/o adolescentes en calidad de representante legal de aquellos.

5. 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, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2006 sobre datos financieros, comerciales, crediticios, o de servicios y demás que regulen la materia. 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 el Hospital Civil de Ipiales.
- 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.
- Acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento.

6. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de el Hospital Civil de Ipiales se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página web de Hospital Civil de Ipiales.

7. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:

El responsable del tratamiento de la información es el Hospital Civil de Ipiales, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 8000.84362-3. Dirección Electrónica: www.hospitalcivillese.gov.co, correo electrónico: hospitalcivillese@hci.gov.co

8. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e Informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI NO

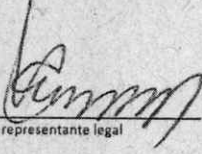
Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI NO

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI NO

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

JOSE ANTONIO ERASO RIVAS
Nombre


Firma representante legal



7. INFORMACION DE LA ENTREVISTA (De Uso Exclusivo de el Hospital Civil de Iplales)

Lugar de la entrevista

Cargo

Fecha:

Hora

Observaciones:

Firma del funcionario Responsable C.C.