

	EPS-S AMBUQ ESS	Código: F-04-081
	FORMULARIO PROVEEDORES	Versión: 01
	RESPONSABLE: GERENTE TECNICO ADMINISTRATIVO Y DE OPERACIONES	Vigente a partir de: 31 Julio de 2017

FECHA:	DIA	MES	AÑO	NATURALEZA:	PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>	PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>
--------	-----	-----	-----	-------------	--	---

Diligencie los campos que le corresponda de acuerdo a la naturaleza seleccionada

DATOS PERSONA NATURAL							
CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PASAPORTE	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>
LUGAR DE EXPEDICION				FECHA DE EXPEDICION			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRRECCION DOMICILIO		TELEFONO DOMICILIO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO CELULAR		OTRO TELEFONO/FUO/FAX		NACIONALIDAD	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DIA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL	VIUDO <input type="checkbox"/>
						SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>
						UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD ECONOMICA							
ASALARIADO	<input type="checkbox"/>	SOCIO	<input type="checkbox"/>	PENSIONADO	<input type="checkbox"/>	RENTISTA	<input type="checkbox"/>
¿OTRO? <input type="checkbox"/>				¿Cuál? _____			
CIIU CODIGO (*): _____							
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA POR EL PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:							
¿Maneja Recursos Públicos?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ejerce algún grado de poder Público?	
						SI	<input type="checkbox"/>
						NO	<input type="checkbox"/>
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
				En caso de marcar si, por favor indique el nombre _____			

DATOS PERSONA JURIDICA							
RAZON SOCIAL		NIT		CORREO ELECTRONICO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO		CC <input type="checkbox"/>		CE <input type="checkbox"/>		PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
No. _____		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION		DIA	MES	AÑO	
DIRECCION DOMICILIO		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	

TIPO DE EMPRESA:				TIPO DE SOCIEDAD:			
PRIVADA	<input type="checkbox"/>	MIXTA	<input type="checkbox"/>	PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	SECTOR SOLIDARIO	<input type="checkbox"/>
ANONIMA LIMITADA	<input type="checkbox"/>	SOCIEDAD COLECTIVA	<input type="checkbox"/>	SAS	<input type="checkbox"/>	SOC. COMANDITA X ACCIONES	<input type="checkbox"/>
SAS		SOC. COMANDITA SIMPLE		<input type="checkbox"/>			
ACTIVIDAD ECONOMICA							
INDUSTRIAL		<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCION
SALUD		<input type="checkbox"/>	EDUCACION	<input type="checkbox"/>	SERV. FINANCIEROS	<input type="checkbox"/>	¿OTRO? <input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____							
DIRECCION EMPRESA OFICINA PRINCIPAL		TELEFONO/FAX		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
DIRECCION SUCURSAL		TELEFONO/FAX		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
				TELEFONO CELULAR		TELEFONO FIJO	

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTA O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS 10% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)			
No	DOCUMENTO DE IDENTIDAD/NIT	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)	% PARTICIPACION
1			
2			
3			
4			
5			

INFORMACION ADICIONAL			
INGRESO MENSUAL	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$ _____	TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS _____			

REGIMEN COMÚN	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AUTORETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RESPONSABLE RENTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RESOLUCION No.	ICA COD. ACTIVIDAD	RETEICA
SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/>	RESOLUCION No.		RESOLUCION No.		¿POR QUÉ?		TARIFA ICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACION DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON EPS-S AMBUQ ESS	PRESTADOR DE SALUD
	OTROS PROVEEDORES

DATOS PRESTADORES DE SALUD	
CODIGO DE HABILITACION SUPERSALUD *	(12 DIGITOS DE ACUERDO AL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES)
POR FAVOR SELECCIONE EL TIPO DE PRESTADOR DE SALUD	
<input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Indique Campo y/o especialidad	<input type="checkbox"/> OTRO, ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES-IPS	
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	
En caso que aplique, por favor diligencie el nivel de complejidad: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	

DATOS PROVEEDORES			
<input type="checkbox"/>	ARRENDAMIENTO. Indique cual:	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> LOCAL COMERCIAL
<input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE PAPELERIA Y ELEMENTOS DE OFICINA		<input type="checkbox"/> OTRO, ¿Cuál?: _____
<input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE ASEO Y CAFETERIA
<input type="checkbox"/>	MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES FISICAS		<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE MATERIALES MEDICO-QUIRURGICOS
<input type="checkbox"/>	MANTENIMIENTO DE SOFTWARE Y/O REDES		<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ELECTRONICOS Y/O COMPUTO
<input type="checkbox"/>	OUTSOURCING, indique cual: _____		<input type="checkbox"/> ASESORIAS, indique ¿Cuál?: _____
			<input type="checkbox"/> OTRO, indique ¿Cuál?: _____
DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH			
ENTIDAD BANCARIO	_____	SUCURSAL	_____
TIPO DE CUENTA	_____	CIUDAD	_____
CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	CUENTA No.	_____
AHORROS	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LA CUENTA	_____
		CORREO ELECTRONICO	_____
ACTIVIDAD EN OPERACIÓN INTERNACIONAL			
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
IMPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES	<input type="checkbox"/>
INVERSIONES	<input type="checkbox"/>	TRANFERENCIAS	<input type="checkbox"/>
PRESTAMO EN MON. EXTRA	<input type="checkbox"/>	PAGO DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>
REFERENCIAS COMERCIALES			
ESTABLECIMIENTO	_____	DIRECCION	_____
		TELEFONO(S)	_____
REFERENCIAS PERSONALES			
APELLIDOS Y NOMBRES	_____	DIRECCION	_____
		TELEFONO(S)	_____
APELLIDOS Y NOMBRES	_____	DIRECCION	_____
		TELEFONO(S)	_____
<p>TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA NO APLICA. La presente solicitud no compromete a EPS-S AMBUQ ESS a aceptar lo relacionado en la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para que se efectue estudio de ingreso como proveedor, su aprobación y/o aceptación esta sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la compañía para el tema de contratación de proveedores.</p>			
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS			
<p>ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____ de manera voluntaria y afirmando que todo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondos y/o bienes: _____</p>			
<p>1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio etc.) _____</p>			
<p>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/o utilizaré en desarrollo a la vinculación con EPS-S AMBUQ ESS no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.</p>			
<p>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 efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.</p>			
<p>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.</p>			
<p>5. Los recursos que se deriven de nuestra vinculación contractual con EPS-S AMBUQ ESS no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos y/o actividades terroristas.</p>			
<p>6. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas son veraces y verificables y estarán vigentes durante la vinculación contractual con EPS-S AMBUQ ESS y me comprometo a actualizarlo cuando existan modificaciones y conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecido EPS-S AMBUQ ESS. El incumplimiento de esta obligación faculta a EPS-S AMBUQ ESS a revocar y/o rescindir unilateralmente del contrato con justa causa y adicionalmente exonerar a EPS-S AMBUQ ESS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta.</p>			
AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES			
<p>1. DEFINICIONES: Por datos Personales se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales que he entregado, entrego y entregaré a EPS-S AMBUQ 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.</p>			
<p>2. ALCANCE: EPS-S AMBUQ ESS 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 utilizada de manera transparente, lícita, segura, confiable, y únicamente se emplearán para los fines concernientes con nuestro objeto social.</p>			
<p>3. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por EPS-S AMBUQ ESS, estos, 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 validación de derechos 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 cualquier medio de comunicación (Email, Mensaje de Texto SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de comunicación sobre su afiliación, campañas o sobre derechos y deberes 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, requerimientos a entidades de control, etc. Como Prestador 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 cualquier medio de comunicación establecido en la EPS y/o cambios en la normatividad vigente.</p>			
<p>4. PERSONAS QUE HARAN TRATAMIENTO: Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades por EPS-S AMBUQ ESS como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios como terceros vinculados. Los terceros vinculados necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con EPS-S AMBUQ ESS, tales como: talleres, call centers, investigaciones, estudios estadísticos, abogados externos, especialista de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.</p>			
<p>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 para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebró con EPS-S AMBUQ ESS. 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.</p>			
<p>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. 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 EPS-S AMBUQ ESS; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando 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 Tratamiento.</p>			
<p>7. DEBERES DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Manifiesta que todos los datos aquí consignados en el 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 EPS-S AMBUQ ESS. De igual forma, me comprometo 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, el lugar de residencia fiscal y/o domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca dicho cambio.</p>			
<p>8. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales EPS-S AMBUQ ESS se encuentra a mi disposición de forma permanente en la página www.ambuq.org.co.</p>			
<p>9. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE: EL responsable del tratamiento de la información EPS-S AMBUQ ESS, cuyos datos son los siguientes Número de Identificación Tributaria (NIT) 81800140-0 dirección Electrónica: www.ambuq.org.co, línea de servicio al cliente 018000914625.</p>			
<p>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.</p>			
<p>Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			

"Vigilado Supersalud"

Sede Oficina Nacional Cra 51 No. 79 – 34 Of. 207 Edificio Executive Trade Center. Telefono: 3369120 Fax: 3369128
Barranquilla – Atl. Colombia

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 DEL SOLICITANTE (Escriba el nombre del representante legal)	_____ FIRMA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> HUELLA INDICE DERECHO							
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO: _____		<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <th style="width: 33%;">DÍA</th> <th style="width: 33%;">MES</th> <th style="width: 33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO							
TIPO Y NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: _____							
ESTE ESPACIO ES DE USO DE EPS-S AMBUQ ESS. La vinculación en calidad de proveedor de EPS S AMBUQ ESS está sujeta al resultado detallado en este espacio.									
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO DE EPS-S AMBUQ ESS QUE VERIFICA LOS DATOS: _____									
TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION: _____									
CARGO: _____									
TELEFONO DE CONTACTO: _____									
RESULTADO DE LA VERIFICACION: ADMITIDO: <input type="checkbox"/> NO ADMITIDO: <input type="checkbox"/>									
FIRMA DEL FUNCIONARIO DE EPS-S AMBUQ ESS _____									