



Anexo 1. Formulario de vinculación

Naturaleza Persona natural Persona jurídica

Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

Diligencie los campos que le correspondan según la naturaleza seleccionada

Datos persona natural

Tipo de documento CC TI RC CE Otro ¿Cuál? _____

Fecha de expedición DD MM AAAA

Lugar de expedición _____ N° de documento _____

Fecha de nacimiento DD MM AAAA

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre (o sobrenombre)
Dirección domicilio	Teléfono domicilio	Ciudad / municipio	Departamento
Correo electrónico	Teléfono celular	Otro teléfono / fijo / FAX	Nacionalidad

Genero (sexo) M F Estado civil Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado

Actividad económica Asalariado Socio Pensionado Otro ¿Cuál? _____ Código CIU _____

Detalle

Marque con una (X) según corresponda por su perfil, cargo o profesión

Maneja recursos públicos Si No Tiene reconocimiento público Si No Ejerce algún grado de poder público Si No

Es familiar o asociado de alguna persona públicamente expuesta Si No

(Si la respuesta es si, indique el nombre y cargo)

Datos persona jurídica

Razón social	NIT	Correo electrónico
--------------	-----	--------------------

Información representante legal

Tipo de documento CC TI RC CE Pasaporte Otro ¿Cuál? _____

Fecha de expedición DD MM AAAA

Lugar de expedición _____ N° de documento _____

Fecha de nacimiento DD MM AAAA

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre (o sobrenombre)
Dirección domicilio	Teléfono domicilio	Ciudad / municipio	Departamento
Correo electrónico	Teléfono celular	Otro teléfono / fijo / FAX	Nacionalidad

Tipo de empresa Pública Mixta Privada Sucursal extranjera

Tipo de sociedad S.A. S.C. Unipersonal S.A.S. Ltda. Sociedad colectiva

Actividad económica Industrial Salud Comercial Otro ¿Cuál? _____ Código CIU _____

Detalle

Dirección oficina principal	Teléfono	Ciudad / municipio	Departamento
Dirección sucursal	Teléfono	Ciudad / municipio	Departamento
Persona de contacto	Correo electrónico	Teléfono celular	Otro teléfono / fijo / FAX



Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 10% del capital , aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexar la relación)			
Documento de identidad	Razón social o nombre completo (Apellidos y Nombres)	% de participación	
Información adicional			
Ingreso mensual \$	Otros ingresos mensuales \$	Total ingresos mensuales \$	Total egresos mensuales \$
Concepto otros ingresos mensuales		Total activos \$	Total pasivos \$
Características tributarias			
<input type="checkbox"/> Reg. común Gran contribuyente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Responsable de renta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cód. ICA Tarifa	
<input type="checkbox"/> Simplificado Autorretenedor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reteica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Clase de contrato, convenio o prestación de servicio que solicita o posee actualmente con Unisalud		Prestador de salud Otro proveedor ¿Cuál?	
Datos prestadores de servicios de salud			
Profesional independiente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No IPS Privada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nivel de complejidad <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Bajo		<input type="checkbox"/> 3. Medio <input type="checkbox"/> 4. Alto	
E.S.E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro tipo de entidad ¿Cuál? _____			
Describa brevemente actividades que presta actualmente a Unisalud			
Datos proveedores			
<input type="checkbox"/> Arrendamientos	<input type="checkbox"/> Mantenimiento instalaciones físicas	<input type="checkbox"/> Suministro aseo y cafeterías	<input type="checkbox"/> Mantenimiento alquiler equipos de cómputo
<input type="checkbox"/> Suministro de papelería y oficina	<input type="checkbox"/> Mantenimiento software o redes	<input type="checkbox"/> Suministro material médico o quirúrgico	<input type="checkbox"/> Asesoría ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> Suministro de medicamentos	<input type="checkbox"/> Servicios de salud	<input type="checkbox"/> Mantenimiento equipos electrónicos	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____
Datos cuenta bancaria para transferencias			
Entidad bancaria	Ciudad	Sucursal	Cuenta n.º
Nombre de la cuenta		Correo electrónico	
Tipo <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente		Cuenta maestra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Actividad en operaciones internacionales y/o moneda extranjera			
Importaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Exportaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inversiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Transacciones con obras de arte <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Pago de servicios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Transferencias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Referencias comerciales			
Establecimiento	Dirección	Teléfono	
Referencias personales			
Nombre completo (Apellidos y Nombres)	Dirección	Teléfono	
Todos los espacios de esta solicitud deben ser diligenciados en su totalidad, en caso de que no posea la información, escriba N.A. (No aplica). La presente solicitud no compromete a Unisalud a aceptar lo relacionado en la misma. Esta solicitud se realiza únicamente con el fin de que actúe en el expediente de ingreso o actualización del proveedor, su aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Universidad Nacional de Colombia para contratación de proveedores.			