| Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. | FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | CÓDIGO: | FOR-DES-20 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 01 |
| | | VIGENCIA: | ENERO DE 2021 |

Fecha de Diligenciamiento: 17 / 1 / 2023 Ciudad: COTA

Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Renovación ☐ Actualización ■

Clase de Vinculación: Trabajador ☐ Proveedor de Servicios ☐ Proveeedor de Bienes ☐

## 1. PERSONA NATURAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apellidos | primer apellido / segundo apellido | Nombres | primer nombre / segundo nombre |
| CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No | | Fecha de Nacimiento | DD / MM / AAAA |
| Lugar de Nacimiento | | Nacionalidad | Ocupación/Oficio |
| Profesión | Telefono | | Celular |
| Dirección Residencia | | Municipio | |
| Ingresos Mensuales | | Egresos Mensuales | |
| Activos (pesos) | | Pasivos (pesos) | |
| Patrimonio (pesos) | | Ortos Ingresos (pesos) | |
| Concepto Otros Ingresos | | | |

## 2. PERSONA JURIDICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre o Razón Social | WELLQUEM DE COLOMBIA SAS | NIT: 800009283 | DV: 0 |
| Tipo de Empresa: Publica ☐ Privada ■ Mixta ☐ | Sector de la Economia: INDUSTRIAL | | CIIU: 2029 |
| Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ■ | Grandes Contribuyentes ☐ | | Otras Entidades ☐ |
| Fecha de constitución en Camara y Comercio: 24 / 8 / 1987 | Correo Electronico Empresarial: wellquem@wellquem.com | | |
| Oficina Principal: Dirección: Aut Medellin km 2,5 entrada Parcelas Portos Sabana 80 bodega 130 | Municipio: COTA | | Telefono: 601-8237787 |
| Sucursal/agencia: Dirección: | Municipio: | | Telefono: |
| Representante Legal: LANCHEROS / RODRIGUEZ | ANA / YOLANDA | | |
| CC ■ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. 24.017.152 | Fecha de Nacimiento: 4 / 11 / 1967 | | |

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere mas espacio anexe relación)

| ID | Número ID | NOMBRES Y APELLIDOS | ¿por su actividad o cargo administra recursos publicos? | ¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder publico? | ¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento publico? | ¿esta obligado a la declaración tributraria en otros paises? Calues |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20.611.856 | MARIA FLORELIA PRADA | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | |
| | 53.123.810 | PAOLA ANDREA DIAZ RUEDA | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | |
| | 8.252.603 | GILBERTO ESCOBAR CORREA | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | |
| | 5.908.498 | GERMAN ARIAS CORTES | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | |
| | | | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos Mensuales | $ 250,000,000 | Egresos Mensuales | $ 439,043,389.00 |
| Activos (pesos) | $ 2,065,231,430 | Pasivos (pesos) | $ 60,870,720.00 |
| Patrimonio (pesos) | $ 1,553,450,986 | Ortos Ingresos (pesos) | $ 960,277.00 |
| Concepto Otros Ingresos | INTERESES | | |

## 3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

| | | |
|---|---|---|
| ¿Por su cargo maneja recursos públicos? | SI ☐ | NO ■ |
| ¿Por su cargo o actividad ejercealgún grado de poder público? | SI ☐ | NO ■ |
| ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? | SI ☐ | NO ■ |
| ¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta | SI ☐ | NO ■ |
| ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de paises? | SI ☐ | NO ■ |

## 4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
2. La información que suministrado en la solicitud y en este documento 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. Los recursos que poseo previenen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen:

## 5. ACTIVIDAD EN OPERACIÓNES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones 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 | Identificación del producto | Numero del producto | Entidad | Monto | Ciudad | Pais | Moneda |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaró que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante el Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por que mis empleados, acionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurran cambios en la información suministrada al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE.

## 7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Psiquiatrico Unversitario del Valle ESE a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalia General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financimiento del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilicitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado

El Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:
1. Vinculados por parte de la autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotrafico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
2. Sea incluido en las listas para el control del lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta clausula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sugra el Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por parte del suscripto de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como de cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicen en contra del Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por o con ocasión de dicho incumplimiento. de igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE y a los terceros que este le indique.

## 8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de Identidad de la persona natural o la persona juridica
2. Fotocopia del documento de Identidad del Representante Legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos (2) mese para personas juridicas

## 9. FIRMA Y HUELLA

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

Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

Wellquim de Colombia S.A.S
Gerencia

## 10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la Información

- ☐ La cedula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirman los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas

- ☐ Lista emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU
- ☐ Lista de los mas buscados por Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policia
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

| ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN | | ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NOMBRE | |
| TD Y NUMERO | | TD Y NUMERO | |
| CARGO | | CARGO | |
| EXTENSIÓN | | EXTENSIÓN | |
| FECHA | DD / MM / AAAA | FECHA | DD / MM / AAAA |
| HORA | | HORA | |