| 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: 23 | 01 | 2024 Ciudad: Medellin

Tipo de Solicitud: Nuevo [X] Renovación [ ] Actualización [ ]

Clase de Vinculación: Trabajador [ ] Proveedor de Servicios [X] 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: E.S.E Hospital Carisma — NIT: 890985405-5 — DV:

Tipo de Empresa: Publica [X] Privada [ ] Mixta [ ] — Sector de la Economia: Salud — CIIU: 8610

Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado [ ] Régimen Común [ ] — Grandes Contribuyentes [ ] — Otras Entidades [X]

Fecha de constitución en Camara y Comercio: DD | MM | AAAA — Correo Electronico Empresarial: escarisma@escarisma.gov.co

Oficina Principal — Dirección: Cra 93 # 34aa 01 — Municipio: Medellin — Telefono: 6050233

Sucursal/agencia — Dirección: — Municipio: — Telefono:

Representante Legal: Echavarria Bedoya William Andres

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No 71656023 — Fecha de Nacimiento: 23 | 05 | 1964

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 tributaria en otros paises? Cúles |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | |
| | | | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | |
| | | | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | |
| | | | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | |
| | | | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | |

Ingresos Mensuales: $1.130.342.999 — Egresos Mensuales: $1.398.598.799

Activos (pesos): $26.443.098.794 — Pasivos (pesos): $4.471.502.984

Patrimonio (pesos): $21.976.575.810 — Ortos Ingresos (pesos): $158.345.292

Concepto Otros Ingresos: Subvenciones, donaciones y aprovechamientos

## 3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

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

## 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 ilícitas 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 financiaión 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 [X] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otra [ ]

Indique otras operaciones

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

| 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 de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contrarien las leyes de la republica, la moral o las buenas constumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y apariencia de legalidada estas actividades, en virtud de esto, el cliente a ser consultado en base de datos.

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 leido, 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

## 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 | |

Libertad y Orden

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**PERSONA JURÍDICA**

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

**ENTIDAD RECEPTORA**

## I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN E.S.E. Hospital Carisma

SIGLA

NIT No. 890985405-5

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [X] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: [04] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE [ ] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia

DEPARTAMENTO Antioquia

MUNICIPIO Medellín

DIRECCIÓN Cra 93 # 3AA 01

TELÉFONOS 605 0233

FAX

APARTADO AÉREO

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 Salud | 2 |
| 3 | 4 |
| 5 | 6 |

## III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

| ENTIDAD CONTRATANTE | PUB | PRIV | TELÉFONO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| Escuchaderos y dameraZones | x | | | 11/06/2023 | $2.181.746.81 |
| Distrito Medellín | x | | | 16/12/2023 | $3.319.225.964 |
| Comite departamental de drogas | x | | | 31/12/2023 | $1.211.999.927 |
| camad | x | | | 31/12/2023 | $750.999.810 |
| | | | | | |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO Echavarría | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bedoya | NOMBRES William Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [x] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO 71.656.023

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [x] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $ 2.000.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [x] NO [ ] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES :

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 23/01/2024

## V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

CIUDAD Y FECHA