



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: 8 / 2 / 2025 Ciudad: CALI
 Clase de Vinculación: Trabajador Proveedor de Servicios Proveedor de Bienes
 Tipo de Solicitud: Nuevo Renovación Actualización

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres, Primer nombre, Segundo nombre
 Lugar de Nacimiento: TI RC Otro No
 Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA
 Profesión, Nacionalidad, Ocupación/Oficio, Celular, Telefono
 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: ETIMARCAS SAS NIT: 805012966 DV: 1
 Tipo de Empresa: Publica Privada Mixta Sector de la Economía: COMERCIAL CIU: 4741
 Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado Régimen Común
 Fecha de constitución en Cámara y Comercio: 5 / 2 / 1909
 Oficina Principal: Dirección: Calle 38 AN 4 N-183 barrio La Flora Municipio: CALI Telefono: 3155270519
 Sucursal/agencia: Dirección: Carrera 73A 31*-78 Av. Bolívariana barrio Belen Municipio: MEDELLIN Telefono: 4489971
 Representante Legal: Representante: AGUIRRE VARGAS, Nombre: CAROLINA, Fecha de Nacimiento: 13 / 10 / 1973
 CC: CE: TI RC Otro No: 43867010

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 públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Esta obligado a la declaración tributaria en otros países? Calles
CC	43867010	CAROLINA AGUIRRE VARGAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
CC	67040308	MARIA ISABEL AGUIRRE VARGAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Ingresos Mensuales: 1.185.094.946 Egresos Mensuales: 256.168.292
 Activos (pesos): 7.659.234.467 Pasivos (pesos): 3.041.905.356
 Patrimonio (pesos): 4.617.329.111 Ortos Ingresos (pesos): 3.105.236
 Concepto Otros Ingresos: INGRESOS FINANCIEROS

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

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

4. DECLARACIÓN 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 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 provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: ACTIVIDADES COMERCIALES

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES 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	País	Moneda
	CUENTA DE AHORROS	10001011592	BANCO DAVIVIENDA	5000	PANAMA	PANAMA	DOLARES

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LAIFT

Con la suscripción de este formato declaro 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 Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por que mis empleados, accionistas, 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 Psiquiátrico Universitario del Valle ESE.

7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE a:

- Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
- Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiamiento 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 ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contraríen las leyes de la republica, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y apariencia de legalidad estas actividades, en virtud de esto, el cliente a ser consultado en base de datos.

El Hospital Departamental Psiquiátrico 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:

- Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
- Sea incluido en las listas para el control del lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

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 jurídica
- 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 jurídicas

9. 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



HUELLA

CAROLINA AGUIRRE VARGAS
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 RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE Alexander Hernandez

TD Y NUMERO

CARGO

EXTENSIÓN

FECHA HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE

TD Y NUMERO

CARGO

EXTENSIÓN

FECHA 10 2 2025 HORA