| 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: 10 / 2 / 2025 Ciudad: CALI

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

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 | D D / M M / A A A A |
| 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 | ESTERILIZAR II SAS | NIT | 900681300 | DV | 0 |
| Tipo de Empresa | Publica [ ] Privada [X] Mixta [ ] | Sector de la Economia | SALUD | CIIU | 7490 |
| Tipo de Contribuyente | Régimen Simplificado [ ] Régimen Común [X] | Grandes Contribuyentes [ ] | Otras Entidades [ ] | | |
| Fecha de constitución en Camara y Comercio | 6 / 12 / 2013 | Correo Electronico Empresarial | contabilidad@esterilizar.co | | |
| Oficina Principal | Dirección: CALLE 5 B 41 32 | Municipio: CALI | Telefono: 3173000623 | | |
| Sucursal/agencia | Dirección: | Municipio: | Telefono: | | |
| Representante Legal | JARAMILLO / MEDINA | STEPHANY | | | |
| CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No | 1144064234 | Fecha de Nacimiento | 31 / 8 / 1993 | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1144064234 | STEPHANY JARAMILLO MEDINA | SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [X] | NA |
| | | | 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 | 131.835.899 | Egresos Mensuales | 96.958.378 |
| Activos (pesos) | 1.251.376.139 | Pasivos (pesos) | 679.867.557 |
| Patrimonio (pesos) | 571.508.581 | Ortos Ingresos (pesos) | |
| Concepto Otros Ingresos | | | |

## 3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

| | | |
|---|---|---|
| ¿Por su cargo maneja recursos públicos? | SI [ ] | NO [X] |
| ¿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 país 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: PRESTACION DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION A ALTA Y BAJA TEMPERATURA

## 5. ACTIVIDAD EN OPERACIÓNES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI [X] NO [ ] 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 Fiscalía 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 ilícitas 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 | X |
| 2. Fotocopia del documento de Identidad del Representante Legal. | X |
| 3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos (2) mese para personas juridicas | X |

**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

**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 | Alexander Hernandez | NOMBRE | |
| TD Y NUMERO | | TD Y NUMERO | |
| CARGO | | CARGO | |
| EXTENSIÓN | | EXTENSIÓN | |
| FECHA | DD MM AAAA | FECHA | 18 02 2025 |
| HORA | | HORA | |