| 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: 13 / 3 / 2025 Ciudad: SANTIAGO DE CALI

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: 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: PAPELERIA LOS COLORES S.A.S — NIT: 800.190.654 — DV: 2

Tipo de Empresa: Publica ☐ Privada ■ Mixta ☐ — Sector de la Economia — CIIU: 4649

Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ■ — Grandes Contribuyentes ☐ — Otras Entidades ☐

Fecha de constitución en Camara y Comercio: D D / M M / A A A A — Correo Electronico Empresarial: VENTAS@PAPELERIALOSCOLORES.COM

Oficina Principal — Dirección: AV 3 BIS NORTE 23 CN 57 — Municipio: SANTIAGO DE CALI — Telefono: 602.889.89.99

Sucursal/agencia — Dirección — Municipio — Telefono

Representante Legal: CASTAÑO / OROZCO — SAMUEL / segundo nombre

CC ■ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No 16.447.129 — Fecha de Nacimiento: 26 / 11 / 1954

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? Calues |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 16.447.129 | SAMUEL CASTAÑO OROZCO | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | NO |
| CC | 31.276.495 | MARIA ELENA ZAMORA | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | SI ☐ NO ■ | NO |
| | | | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | |
| | | | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | |
| | | | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos Mensuales | 401.265.669 | Egresos Mensuales | 47.097.265 |
| Activos (pesos) | 951.835.179 | Pasivos (pesos) | 636.553.596 |
| Patrimonio (pesos) | 315.281.583 | Ortos Ingresos (pesos) | 25.725.755 |
| Concepto Otros Ingresos | RENDIMIENTOS FINANCIEROS, RECUPERACION DE CARTERA, DESCUENTOS COMERCIALES | | |

## 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 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: UTILIDADES DE LA EMPRESA

## 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 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 ☐
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

**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

ALEXANDER HERNANDEZ CORREA

- ☐ 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 OFAC

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 | ALEXANDER HERNANDEZ CORREA |
| TD Y NUMERO | | TD Y NUMERO | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| CARGO | | CARGO | 16773611 |
| EXTENSIÓN | | EXTENSIÓN | 215 |
| FECHA | DD MM AAAA | FECHA | 19 03 2026 |
| HORA | | HORA | |