Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD: IBAGUE
	23	01	2026	

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT
GLOBAL INTEGRAL SOLUCIONES EMPRESARIALES TIERRA FIRME S.A.S	901837064-2

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
GARCIA	**GALLEGO**	**VALENTINA**

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjeria, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1.002.576.030

SEXO: F:X M:

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
11	04	2018	CHINCHINA- CALDAS	10	03	2000	CHINCHINA - CALDAS

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIA	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CALLE 8 # 6 - 35	TOLIMA	VILLAHERMOSA

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
globalintegraltierrafirme@gmail.com	N/A	3156615260

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	[ ]	[X]	N/A
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	[ ]	[X]	N/A
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	[ ]	[X]	N/A

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal?

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal?

ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [X] CONSTRUCCION [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ]
AGRICOLA [X] TRANSPORTE [ ] CIVIL [ ]

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION CALLE 8 # 6 - 35		DIRECCION	
DEPARTAMENTO TOLIMA		DEPARTAMENTO	
CIUDAD VILLAHERMOSA		CIUDAD	
CORREO ELECTRONICO globalintegraltierrafirme@gmail.com	TELEFONO 3156615260	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN):

1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.
2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria).

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. obligación Declaración Tributaria Indique Pais	% PARTICIPACIÓN
	CC [X] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	1007324292	Didier Alberto Gil Gaviria	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	Colombia	90%
	CC [X] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	93295093	Hugo Alberto Rodríguez Montoya	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	Colombia	10%
	CC [X] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Némero de Identificación Tributaria

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ ENVIO Y/O RECEPCIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGO DE SERVICIOS ☐

IMPORTACIONES ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA? ☐ ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia del documento de identidad del representante legal

2 Copia de representacion legal - Certificado de camara y comercio detallado

3 Copia del RUT detallado

4 Estados financieros de la persona jurídica de la última vigencia.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Valentina 66U.

FIRMA Y CEDULA **1.002.576.030**



HUELLA

7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	
	23	1	2026		04:27 PM

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN	
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI ☐	NO ☒
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI ☐	NO ☒
3 LISTA LINEA INTERPOL	SI ☐	NO ☒
4. OTRAS	SI ☐	NO ☒

OBSERVACIÓN: LAS PERSONAS RELACIONADAS EN EL FORMATO Y SUS ANEXOS, NO REPORTAN - RESTRICCIONES EN LAS LISTAS CONSULTADAS DEL SARLAFT/PADM. ----------

---

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REVISADO POR: CAMILO TRUJILLO
AUX. ADMINISTRATIVO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO