Docusign Envelope ID: C37A937F-F567-8EE2-816B-F4779CF68651

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	10	03	2026	Bogotá

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
Messer Colombia SA	860005114-4

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Bejarano	Quintero	Pablo Julian

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 [✓] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 10026435

SEXO: [✓] M

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO
07	02	1994	Pereira	02	01	1976	Bogotá

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
Colombia	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
Avenida carrera 68 # 1-51	Cundinamarca	Cundinamarca

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
atencion.clientes@messer-colombia.com	4254550	3212323676

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI [ ] NO [X]
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:

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

¿Cúal?

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

¿Cúal?

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

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION	Avenida carrera 68 # 1-51	DIRECCION	Carrera 7 # 19 - 99
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	DEPARTAMENTO	Huila
CIUDAD	Bogotá	CIUDAD	Neiva
CORREO ELECTRONICO	atencion.clientes@messer-colombia.com	CORREO ELECTRONICO	diana.diaz@messer-co.com
TELEFONO	4254550	TELEFONO	3115008639

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 [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	B-88059332	MG INDUSTRIES IBERICA S.L.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	No	96%
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	B-88084942	ADMITE INVESTMENTS S.L.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	No	4%
	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 [ ] 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

Docusign Envelope ID: C37A937F-F567-8EE2-816B-F4779CF68651

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [X] NO [ ]

EXPORTACIONES [X] INVERSIONES [ ] ENVIO Y/O RECEPCIONES [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PAGO DE SERVICIOS [ ]

IMPORTACIONES [X] 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 INFORMACIÓN

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 juridica de la ultima vigencia.

6. FIRMA Y HUELLA

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

Firmado por:

9997692C5ECC42F...

FIRMA Y CEDULA
C.C. 10026435



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	11:36 AM
	24	03	2026		

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

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