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 |
|---|---|---|
| Cañas | Betancur | Juan Gonzalo |

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. 98553564

SEXO: [✓] M

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | LUGAR DE EXPEDICIÓN | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | |
| 28 | 03 | 1989 | Envigado | 29 | 01 | 1971 | Medellín |

| 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

**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**

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 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 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

DocuSigned by:

393ABDB370C05469...

FIRMA Y CEDULA
C.C. 98553564



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)<br>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**