



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

21 04 2026

Ciudad

CALI/ VALLE

Tipo de

Solicitud:

Nuevo

☐

Renovación

☐

Actualización

☒

Clase de Vinculación

Trabajador

☐

Proveedor de Servicios

☒

Proveedor de Bienes

☐

1. PERSONA NATURAL

Apellidos	primer apellido	segundo apellido	Nombres	primer nombre	segundo nombre
☐	CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No ☐				
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA
Profesión		Telefono		Ocupación/Oficio	
Dirección Residencia				Celular	
Ingresos Mensuales				Municipio	
Activos (pesos)		Egresos Mensuales			
Patrimonio (pesos)		Pasivos (pesos)			
Concepto Otros Ingresos		Ortos Ingresos (pesos)			

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social	CYINGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S	NIT	900070192	DV	1
Tipo de Empresa	Publica ☐ Privada ☒ Mixta ☐	Sector de la Economía	SERVICIOS	CIU	4322
Tipo de Contribuyente	Régimen Simplificado ☒ Régimen Común ☐	Grandes Contribuyentes	☐	Otras Entidades	☐
Fecha de constitución en Camara y Comercio	15 02 2006	Correo Electronico Empresarial	proyectosyservicioscg@hotmail.com		
Oficina Principal	Dirección	Cr 67 # 45 41	Municipio	CALI	Telefono 3168234350
Sucursal/agencia	Dirección		Municipio		Telefono
Representante Legal	VEGA primer apellido	GARCIA segundo apellido	CARLOS primer nombre	ARTURO segundo nombre	
CC	☒	CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No	16662743	Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA

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? Cálculos
	16662743	CARLOS ARTURO VEGA GARCIA	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
	1130590558	CRISTIAN ALONY VEGA RAMIREZ	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	175.361.255			Egresos Mensuales	410.665.206	
Activos (pesos)	2.215.959.990			Pasivos (pesos)	983.969.724	
Patrimonio (pesos)	1.662.509.365			Ortos Ingresos (pesos)	646.935	
Concepto Otros Ingresos						

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI ☐ NO ☒
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI ☐ NO ☒
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI ☐ NO ☒
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta	SI ☐ NO ☒
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI ☐ NO ☒

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita 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
- La información que suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES 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 Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por que mis empleados, accionistas, 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 Psiquiátrico Universitario del Valle ESE.

7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario 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 financiamiento 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, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contrarién las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y apariencia de legalidad estas actividades, en virtud de esto, el cliente a ser consultado en base de datos.

El Hospital Departamental Psiquiátrico 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 narcotráfico, 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 cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sugra el Hospital Departamental Psiquiátrico 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 inicien en contra del Hospital Departamental Psiquiátrico 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 Psiquiátrico 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 jurídica
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 jurídicas

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



[Handwritten Signature]

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 Policía
☐ Lista FBI
☐ Otra **OFAC**

ALEXANDER HERNANDEZ CORREA

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE
TD Y NUMERO
CARGO
EXTENSIÓN
FECHA DD MM AAAA HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE ALEXANDER HERNANDEZ CORREA
TD Y NUMERO 16773611
CARGO PROFESIONAL UNIVERSITARIO
EXTENSIÓN 215
FECHA 08/05/2026 AAAA HORA