



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 5 2026

Ciudad

Cali

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 |
| CC                      | CE                     | TI               | RC                  | Otro          | No             |
| Lugar de Nacimiento     | Nacionalidad           |                  | Fecha de Nacimiento | DD            | MM             |
| Profesión               | Telefono               |                  | Ocupación/Oficio    | AAAA          |                |
| Dirección Residencia    | Municipio              |                  | Celular             |               |                |
| Ingresos Mensuales      | Egresos Mensuales      |                  |                     |               |                |
| Activos (pesos)         | Pasivos (pesos)        |                  |                     |               |                |
| Patrimonio (pesos)      | Otros Ingresos (pesos) |                  |                     |               |                |
| Concepto Otros Ingresos |                        |                  |                     |               |                |

### 2. PERSONA JURIDICA

|                                                                                                                                                                              |                      |                                                 |                        |                                |                                 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------|
| Nombre o Razón Social                                                                                                                                                        | ETIMARCAS S.A.S      |                                                 | NIT                    | 805012966                      | DV                              | 1          |
| Tipo de Empresa                                                                                                                                                              | Publica              | Privada                                         | Mixta                  | Sector de la Economía          | Terciario                       | CIIU       |
| Tipo de Contribuyente                                                                                                                                                        | Régimen Simplificado | Régimen Común                                   | Grandes Contribuyentes | Otras Entidades                | 4761                            |            |
| Fecha de constitución en Cámara y Comercio                                                                                                                                   | 5                    | 2                                               | 1999                   | Correo Electronico Empresarial | servicioalcliente@etimarcas.com |            |
| Oficina Principal                                                                                                                                                            | Dirección            | Calle 38 AN 4 N-183 Barrio La Flora             | Municipio              | Cali                           | Telefono                        | 3155270519 |
| Sucursal/agencia                                                                                                                                                             | Dirección            | Carrera 73A 31*-78 Av. Bolivariana barrio Belen | Municipio              | Antioquia                      | Telefono                        | 3184635500 |
| Representante Legal                                                                                                                                                          | Aguirre              | Vargas                                          |                        | Carolina                       | N/A                             |            |
| CC                                                                                                                                                                           | CE                   | TI                                              | RC                     | Otro                           | No                              | 43867010   |
| 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) |                      |                                                 | Fecha de Nacimiento    | 13                             | 10                              | 1979       |

| 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 países? Calles |
|-------------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| CC                      | 43867010  | CAROLINA AGUIRRE VARGAS             | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
| CC                      | 67040308  | MARÍA ISABEL AGUIRRE VARGAS         | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
|                         |           |                                     | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
|                         |           |                                     | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
|                         |           |                                     | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
|                         |           |                                     | SI                                                      | NO                                                             | SI                                                        | NO                                                                 |
| Ingresos Mensuales      |           | \$1.175.224.584                     | Egresos Mensuales                                       |                                                                | \$332.583.186                                             |                                                                    |
| Activos (pesos)         |           | \$770.888.380                       | Pasivos (pesos)                                         |                                                                | \$285.688.026                                             |                                                                    |
| Patrimonio (pesos)      |           | \$485.200.355                       | Otros Ingresos (pesos)                                  |                                                                | \$22.812.763                                              |                                                                    |
| Concepto Otros Ingresos |           | reintegros proveedores del exterior |                                                         |                                                                |                                                           |                                                                    |

### 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

Actividades Comerciales

### 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 | País   | Moneda |
|------------------|-----------------------------|---------------------|------------|-------|--------|--------|--------|
|                  |                             | 10001011592         | DAVIVIENDA | 5000  | Panamá | Panamá | USD    |
|                  |                             |                     |            |       |        |        |        |
|                  |                             |                     |            |       |        |        |        |
|                  |                             |                     |            |       |        |        |        |

#### 6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro 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 contraríen 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 las 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



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

- ☐ 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

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

ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE Lina Ant6  
TD Y NUMERO   
CARGO   
EXTENSIÓN

FECHA DD MM AAAA HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE Lina Fernanda Ante Guevara  
TD Y NUMERO 1.143.847.695  
CARGO   
EXTENSIÓN

FECHA 1 06 2026 HORA