

|                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>DISCOLMETS</b><br>CALIDAD Y SERVICIO PENSANDO EN SU SALUD | <b>FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE<br/>CONTRAPARTES PERSONA JURÍDICA</b><br><b>Corporate Application Form</b> | <b>SC-FO-010</b><br><br><b>V4.01.2026</b> |
|                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                           |

Vinculación/*Entailment* ☒ Fecha de diligenciamiento/*Filling Date* Día/*Day* 12 Mes/*Month* 06 Año/*Year* 2026  
 Actualización/*Update* ☐

**INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD CORPORATIVA / CORPORATE ENTITY'S INFORMATION**

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Razón Social / <i>Legal Name of the Company</i> :<br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA</b>                                                                                  |                                                                     |                                          |
| Documento de Identificación/ <i>ID</i> :<br>Nit <input checked="" type="checkbox"/> Ruc <input type="checkbox"/> Otro/ <i>Other</i> <input type="checkbox"/> ¿Cuál? / <i>Which?</i> No. 832.001.465 - 4 |                                                                     |                                          |
| Actividad Económica/ <i>Economic Activity</i> :<br><b>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO</b>                                                                                           |                                                                     | CIU:                                     |
| Fecha de Constitución/ <i>Incorporation Date</i> :<br><b>JUNIO 1996</b>                                                                                                                                 | Fecha de Vencimiento/ <i>Expiration Date</i> :<br><b>INDEFINIDA</b> | Ciudad/ <i>City</i> :<br><b>ANOLAIMA</b> |
| Dirección Oficina Principal, Ciudad y País/ <i>Main address, City and Country</i> :<br><b>Calle 3 No. 1 – 81 Barrio San Antonio de Anolaima – Cundinamarca - Colombia</b>                               |                                                                     |                                          |
| Teléfono Fijo/ <i>Phone Number</i> :                                                                                                                                                                    | Celular/ <i>Mobile Phone</i> :<br><b>320 - 8662453</b>              | Fax:                                     |
| Correo Electrónico/ <i>E-Mail</i> : <a href="mailto:gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co">gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co</a>                                                |                                                                     |                                          |
| Página Web/ <i>Webpage</i> :                                                                                                                                                                            |                                                                     |                                          |

**SOCIOS CON AL MENOS 5% DE PARTICIPACIÓN / SHAREHOLDER WITH AT LEAST 5% PARTICIPATION**

| Apellidos/ <i>Last Name</i> | Nombre/ <i>Name</i> | Participación<br><i>Participation (%)</i> | Tipo de D.I.<br><i>Type of ID</i> | No. de Identidad<br><i>/I.D. Number</i> | ¿Es una Persona<br>expuesta<br>políticamente/ <i>PEP.<br/>Person?</i> |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                             |                     |                                           |                                   |                                         |                                                                       |
|                             |                     |                                           |                                   |                                         |                                                                       |
|                             |                     |                                           |                                   |                                         |                                                                       |

**REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO / TITULAR / LEGAL REPRESENTATIVE / PROXY / ACCOUNT HOLDER**

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             |                                                        |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Apellidos/ <i>Last Name</i> :<br><b>ESPAÑA MORENO</b>                                                                                                                                                               |                                                                                                                             | Nombre/ <i>Name</i> :<br><b>LAURA ISABEL</b>           |                                        |
| Fecha de Nacimiento/ <i>Date of Birth</i> :<br><b>27 de Junio de 1972</b>                                                                                                                                           | Lugar de Nacimiento/ <i>Birthplace</i> :<br>Ciudad/ <i>City</i> : <b>Bucaramanga</b> País/ <i>Country</i> : <b>Colombia</b> |                                                        |                                        |
| Documento de Identificación / <i>ID</i> :<br>CC X CE <input type="checkbox"/> Pasaporte/ <i>Passport</i> <input type="checkbox"/> Otro/ <i>Other</i> <input type="checkbox"/> ¿Cuál? / <i>Which?</i> No. 63.485.330 |                                                                                                                             |                                                        |                                        |
| Fecha de Expedición / <i>Issue Date</i> : <b>21 de Junio de 1991</b>                                                                                                                                                | Fecha de Vencimiento / <i>Expiration Date</i> : <b>N/A</b>                                                                  | Género/ <i>Gender</i> : F X M <input type="checkbox"/> |                                        |
| Lugar de Expedición/ <i>Place of Issue</i> :<br>Ciudad/ <i>City</i> : <b>Bucaramanga</b><br>País/ <i>Country</i> : <b>Colombia</b>                                                                                  |                                                                                                                             |                                                        |                                        |
| Dirección de residencia/ <i>Home Address</i> :<br><b>Calle 3 No. 1 – 81 Barrio San Antonio de Anolaima</b>                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                        |                                        |
| Ciudad/ <i>City</i> : <b>Anolaima</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                             | Estado/ <i>State</i> : <b>Cundinamarca</b>             | País/ <i>Country</i> : <b>Colombia</b> |
| Teléfono Fijo/ <i>Pho Number</i> :                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             | Celular/ <i>Mobile Phone</i> :<br><b>320 - 8662453</b> |                                        |
| Correo Electrónico/ <i>E-mail</i> :<br><a href="mailto:gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co">gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co</a>                                                         |                                                                                                                             |                                                        |                                        |

**DECLARACIÓN BENEFICIARIOS FINALES/DECLARATION  
 FINAL BENEDICIARIES**

Centro Logístico Bogotá  
 Cl. 15 Nº 33 - 02  
 Cel. 317 365 0834  
[bogota@discolmets.com.co](mailto:bogota@discolmets.com.co)

Centro Logístico Villavicencio  
 Cra. 40 # 34 - 33  
 Cel. 317 427 2141  
[villavicencio@discolmets.com.co](mailto:villavicencio@discolmets.com.co)

Sede Administrativa  
 Cra. 12 Nº 12 - 32  
 Cel. 316 023 8133 - 316 750 1577  
[calidad@discolmets.com.co](mailto:calidad@discolmets.com.co)

Centro Logístico Tunja  
 Cra. 11 Cll. 25 - 57  
 Cel. 317 654 8042  
[tunja@discolmets.com.co](mailto:tunja@discolmets.com.co)

Centro logístico Neiva  
 Cll. 12 Nº 16 - 73  
 Cel. 316 421 8294  
[neiva@discolmets.com.co](mailto:neiva@discolmets.com.co)

Centro Logístico Cali  
 Cra. 43a Nº 5a - 20  
 Cel. 316 340 2532  
[cali@discolmets.com.co](mailto:cali@discolmets.com.co)

Centro logístico Pereira  
 AV 30 de Agosto Nº 46 - 75  
 Cel. 318 712 1778  
[pereira@discolmets.com.co](mailto:pereira@discolmets.com.co)

Centro Logístico Pitalito  
 Cll. 3 Nº 1b - 08  
 Cel. 318 206 6840  
[Pitalito@discolmets.com.co](mailto:Pitalito@discolmets.com.co)

| Apellidos/ <i>Last Name</i> | Nombre/ <i>Name</i> | Participación<br><i>Participation</i><br>(%) | Tipo de D.I.<br><i>Type of ID</i> | No. de Identidad<br><i>/ I.D. Number</i> | ¿Es una Persona<br>expuesta<br>políticamente/ <i>PEP.</i><br><i>Person?</i> |
|-----------------------------|---------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                             |                     |                                              |                                   |                                          |                                                                             |
|                             |                     |                                              |                                   |                                          |                                                                             |
|                             |                     |                                              |                                   |                                          |                                                                             |

|                                                               |                                                    |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Ingresos Mensuales / <i>Monthly Income (USD):</i>             | Activos totales/ <i>Total assets (USD):</i>        |
| Otros Ingresos Mensuales / <i>Other Monthly Income (USD):</i> | Pasivos totales/ <i>Total liabilities (USD):</i>   |
| Egresos Mensuales / <i>Monthly Expenses (USD):</i>            | Patrimonios totales/ <i>Total Net Worth (USD):</i> |

Referencias Financieras/*Financial References:*

1. Cta. No./ *Account Number:*

2. Cta. No./ *Account Number*

:

Referencias Comerciales /*Commercial References*

1. Tel.: Ciudad/*City:*

2. Tel.: Ciudad/*City:*

**Declaración de Fondos / *Source of Funds***

Quien suscribe la presente solicitud obrando en representación de la persona jurídica, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, por este medio realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la empresa **DISCOLMETS SAS** en adelante la compañía: */Who subscribes the present application acting on behalf of itself and/or on behalf of the holder, voluntarily and giving assurance that everything set forth in here is true, hereby performs the following statement of source of funds to DISCOLMETS SAS hereinafter the Company:*

Los recursos que se han entregado o entregarán en desarrollo de cualquiera de las relaciones contractuales con el COMPAÑÍA provienen de las siguientes fuentes / *The resources delivered or that will be delivered in development of any of the contractual relationships with the COMPANY come from:* (Cuenta bien detallada / *Very detailed account*)

ACTIVIDAD COMERCIAL DE LA VENTA O PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION USUARIA

Declaro que los recursos entregados y los que maneje a través de la compañía **NO** provienen de actividades ilícitas / *I declare that the resources delivered and the ones that I will manage through the COMPANY do not come from illicit activities.*

Me obligo a actualizar mi información y documentación respectiva en forma anual. / *I agree to update my information and respective documentation periodically.*

Certifico que la información suministrada en este formato es real y verídica. También que mi ocupación y oficio lo ejerzo dentro de lo establecido por la ley. / *I certify that the information provided in this form is true and accurate. Also, that my business and occupation are legal.*

**TRATAMIENTO DE DATOS / HABEAS DATA**

Yo LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO, identificada con el documento de identidad No. 63.485.330, expedido en la ciudad de Bucaramanga (Santander), obrando en nombre propio y/o representación legal de E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA con NIT 832.001.465 - 4, otorgo **Autorizaciones especiales necesarias e inherentes para el cumplimiento de la ley**. Como titular de la información y datos, incluyendo mi firma, en virtud de cualquier contrato u operación de orden laboral, civil o comercial que haya llegado o llegare a celebrar o realizar con **DISCOLMETS SAS** autorizo en forma permanente durante la duración del contrato a **DISCOLMETS SAS** o a quienes representen sus derechos a aplicar los tratamientos de datos a que haya lugar conforme a la Política y/o Programa de Protección de Datos establecidos por **DISCOLMETS SAS**., respetando lo establecido en el artículo 15 y 20 de la constitución política de Colombia, Ley 1581 de 2012 y los decretos que la reglamentan. Sin perjuicio de las autorizaciones que he otorgado a **DISCOLMETS SAS** para el tratamiento de datos personales, declaro que conozco el derecho que me asiste para revocar en los términos que prevé la ley, cualquiera de las siguientes autorizaciones: Envío de información que no sea objeto de la relación existente entre las partes; y Compartir información con terceros aliados para que estos ofrezcan sus productos, a través de cualquier canal.

**Antilavado y anticorrupción.** Nos obligamos con **DISCOLMETS SAS** a implementar las medidas tendientes a evitar cualquier forma de actividades ilícitas o de corrupción. Reconozco, entiendo y acepto las disposiciones establecidas en los documentos contentivos de las políticas y/o Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SAGRILAF); Política y/o Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE); y del Código de Ética y Conducta de **DISCOLMETS SAS**, publicados en la página web <https://discolmets.com.co/quienesomos.php>

**Correspondencia.** Autorizo que la correspondencia en general me sea enviada a través de los medios virtuales, previamente habilitados e informados por **DISCOLMETS SAS** y si deseamos recibirlos por otro medio, podemos solicitarlo a través de correos electrónicos y demás canales de comunicación informados.

**Declaraciones.** Que la información entregada en este formulario es cierta, es verificable en cualquier momento y nos comprometemos a actualizarla o confirmarla al menos una vez al año o cada vez que se requiera.

**Firma** Autorizo a **DISCOLMETS SAS** a que la firma, impuesta en este formato puedan ser utilizadas para verificaciones internas y cumplimiento a los trámites que por ley se requiera.

**En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el documento / In  
evidence of having read, understood and accepted the above, I sign this document**



**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**  
**LEGAL REPRESENTATIVE OR PROXY SIGNATURE**