	FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACION PERSONA JURIDICA	Código: FTO-CON-CVPJ-34
Hospital Local Cartagena		Versión: 1
		Fecha: 24/07/2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre o razón social: MULTITEMPO SAS			NIT: 901.108.250-9
E-mail para notificaciones: mt.recusrsoshumanos2022@gmail.com			Ciudad: CARTAGENA
Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐	Teléfono móvil: 3014979277		Teléfono fijo:
Dirección/ Domicilio principal: DIAGONAL 22 # 47-43 OFIC 302			Cuidad: CARTAGENA
Código CIIU: 7820	Actividad económica: ACTIVIDADES DE AGENCIA DE EMPLEO TEMPORAL		

REPRESENTANTE LEGAL	Primer apellido: GALINDO			
	Segundo apellido: CASTILLO			
	Nombre(s): CARLOS ALBERTO			
	No.doc. de identidad:	P.P.☐ C.C.☐X C.E. ☐		No. 1.143.329.067
		Lugar de expedición: CARTAGENA	Fecha de expedición: 27/03/2007	
	Nacionalidad: colombiana	Fecha de nacimiento: 17/03/1989		Lugar de nacimiento: CARTAGENA

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DE MÁS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL

(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación
DEIFAN LUZ LOPEZ GONZALEZ	P.P.☐ C.C.☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	1.067.404.155	10
DIANA MARIA LASCARRO COHEN	P.P.☐ C.C.☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	45.687.199	90
	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones internacionales? Sí ☐ No ☒ ¿Cuál? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, trasferencias, etc.)

DECLARACIONES

Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con **ESEHLCI** o cualquiera de las sociedades pertenecientes a su grupo empresarial, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la sociedad que represento, los demás representantes legales de la misma ni sus accionistas, actualmente nos encontramos incluidos en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no hemos sido vinculados a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no hemos sido condenados, y no se ha emitido en nuestra contra sentencia o Fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

Carlos A. Galindo C

Firma representante legal



ESPACIO PARA HUELLA

VERIFICACIÓN

(Para uso exclusivo de la ESE HLCI)

Hora: 10:39 a.m.	Fecha: 30/07/2026	Ciudad: Cartagena
Nombre del funcionario responsable: María José Blanco		
P.P.☐ C.C.☐x C.E. ☐ T.I. ☐ No.: 1.143.375.966		
Firma:		
Cargo: pu contratración		
Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Sí x☐ No ☐ Consulta en listas No. OFAC , INTERPOL		

OBSERVACIONES

(Para uso exclusivo de la ESE HLCI)

Hospital Local Cartagena de Indias	**FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACION CLIENTE PERSONA NATURAL**	**Código: FTO-CON-CVPN-35** **Versión: 1** **Fecha: 24/07/2025**

IDENTIFICACIÓN			
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ P.P.☐C.C.☐ C.E. ☐ No.	
Ocupación, oficio o profesión:	Nacionalidad:	Ciudad:	
Dirección de residencia:			
Teléfono de residencia:	Teléfono móvil:	E-mail para notificaciones:	

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA	
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐ No ☐	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐ No ☐
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí ☐ No ☐	En caso de respuesta afirmativa, especifique (artista, deportista, etc.):

OPERACIONES INTERNACIONALES
¿Realiza operaciones internacionales? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, trasferencias, etc.)

DECLARACIONES
Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** o cualquiera de las sociedades pertenecientes a su grupo empresarial, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que actualmente no me encuentro incluido en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no he sido vinculado a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no he sido condenado, y no se ha emitido en mi contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal). **Firma** ESPACIO PARA HUELLA	**VERIFICACIÓN** Hora: / Fecha: / Ciudad: Nombre del funcionario responsable: P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.: Firma: Cargo: Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Sí ☐ No ☐ Consulta en listas No. _____

OBSERVACIONES **(Para Uso Exclusivo de la ESEHLCI)**