

## FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA



Código:  
GA-FR-105

Fecha de elaboración:  
05/06/17

Versión: 1

Página 1 de 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO      DÍA      MES      AÑO      CIUDAD:

**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

#### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

SEXO

CC  CE  PA  TI  TE  RC  No. \_\_\_\_\_

F

M

FECHA DE EXPEDICION

LUGAR DE EXPEDICION

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

DÍA

MES

AÑO

NACIONALIDAD 1

NACIONALIDAD 2

DIRECCION RESIDENCIA

DEPARTAMENTO

CIUDAD

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO FIJO

CELULAR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?

SI

NO

2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?

SI

NO

3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?

SI

NO

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?

SI

NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

TIPO DE EMPRESA PUBLICA

PRIVADA

MIXTA

SIN ANIMO DE LUCRO

OTRA

¿Cuál? \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONOMICA

INDUSTRIAL

COMERCIAL

CONSTRUCCION

SERVICIOS FINANCIEROS

AGRICOLA

TRANSPORTE

CIVIL

#### DATOS OFICINA PRINCIPAL

#### DATOS SUCURSAL O AGENCIA

DIRECCION

DIRECCION

DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO

CIUDAD

CIUDAD

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION ( EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACION). IGUALMENTE IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3, SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACION TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES.

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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, NIT: Número de Identificación Tributaria

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES**  
**PERSONA JURIDICA**



Código:  
GA-FR-105

Fecha de elaboración:  
05/06/17

Versión: 1

Página 2 de 2

**2. INFORMACION FINANCIERA**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI  NO

EXPORTACIONES  INVERSIONES  ENVIO Y/O RECEPCIONES  TRANSFERENCIAS  PAGO DE SERVICIOS

IMPORTACIONES  PRESTAMOS  OTRA?  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**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 prestación 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 me han informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponibles en la pagina [www.hflleras.gov.co](http://www.hflleras.gov.co) igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

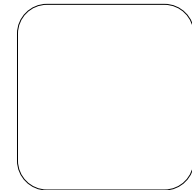
Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

- 1 Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

**6. FIRMA Y HUELLA**

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

\_\_\_\_\_

FIRMA Y CEDULA

**7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)**

FECHA	DIA			MES			ANO			HORA

**LISTAS CONSULTADAS**

**REPORTA RESTRICCIÓN**

- |  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC)<br>Oficina de control de activos      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. LISTA LINEA INTERPOL  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. OTRAS   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO