

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL



Código:
GA-FR-099

Fecha de elaboración:
16/12/2016

Fecha de actualización:
05-06-17

Versión: 2

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

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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> No. _____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICION	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACION / OFICIO	PROFESION
----------------	----------------	--------------------	-----------

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? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	PRESTAMOS <input type="checkbox"/>
ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS <input type="checkbox"/>	PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>
TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	OTRA? <input type="checkbox"/>

¿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 INFORMACIÓN

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 biométricos.

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.

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 mehan 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 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.

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
PERSONA NATURAL**



Código:
GA-FR-099

Fecha de elaboración:
16/12/2016

Fecha de actualización:
05-06-17

Versión: 2

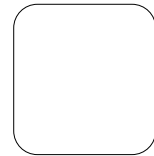
Página 2 de 2

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. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	

LISTAS CONSULTADAS

REPORTA RESTRICCIÓN

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC)
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

FIRMA

CARGO