

**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	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
---------------------------	-----	-----	-----	---------

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra impresa. 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 EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESION
----------------	----------------	--------------------	-----------

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
----------------------	--------------	--------

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
--------------------	---------------	---------

POR SU CARGO O ACTIVIDAD	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

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

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 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.

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 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

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

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

FECHA	DIA	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 OBSERVACIÓN: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	FIRMA	CARGO