

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIA MES AÑO		DIA 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 <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"/>	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE: _____ _____ _____
--	--

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

TIPO DE EMPRESA PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
--	--------------

ACTIVIDAD ECONOMICA	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCION <input type="checkbox"/>	SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/>	AGRICOLA <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

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 APOORTE 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	% PARTICIPACION
	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: Nemerode 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. INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN 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. AUTORIZACIÓN 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.

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.

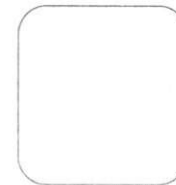
Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- 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 OFICAL 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 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIÓN: _____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

CARGO