

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA



Federico Lleras Restrepo

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 1 de 2					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DIA	MES	ANO	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)								
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	ANO						
			DIA	MES	ANO			
NACIONALIDAD 1			NACIONALIDAD 2					
DIRECCION RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		CIUDAD			
CORREO ELECTRONICO			TELEFONO FIJO		CELULAR			
POR SU CARGO O ACTIVIDAD								
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE: _____ _____ _____					
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?								
¿Cuál? _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
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 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 ESTA 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 Declaracion Tributaria Indique País	% 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: Número de Identificación Tributaria								

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURÍDICA

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 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.

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 página www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

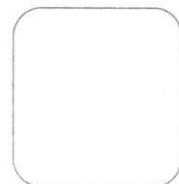
Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

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. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPAZO 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 NO

2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS

SI NO

3. LISTA LINEA INTERPOL

SI NO

4. OTRAS

SI NO

OBSERVACIÓN:

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

CARGO