

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

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)	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	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"/>	_____

EXISITE 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 APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACION):

1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación

2) Si el accionista o socio es una Persona Juridica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria)

No	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos publicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Publico	4. obligacion 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: Número de Identificación Tributaria



GESTION ADMINISTRATIVA

CÓDIGO GA-FR-105

VERSIÓN: 3

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

VIGENTE DESDE:
31-07-2024

PERSONA JURIDICA

PAGINA 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 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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Copia del documento de identidad del representante legal
- Copia de representación legal - Certificado de camara y comercio detallado
- Copia del RUT detallado
- Estados financieros de la persona juridica de la ultima vigencia.

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			AÑO			HORA

LISTAS CONSULTADAS

REPORTA RESTRICCIÓN

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

OBSERVACIÓN

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

CARGO