



	GESTION ADMINISTRATIVA				CÓDIGO GA-FR-099
					VERSIÓN 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL				VIGENTE DESDE 31-07-2024
					PAGINA 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					
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"/>	
No. _____					
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO		
DIA	MES	ANO	DIA	MES	
LUGAR DE NACIMIENTO					
NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESION		
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"/>
¿Cual? _____					
2. INFORMACION FINANCIERA					
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	¿Cual? _____	
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					
<p>Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

	GESTION ADMINISTRATIVA				CODIGO GA-FR-099
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL				VERSIÓN: 3
					VIGENTE DESDE: 31-07-2024
					PÁGINA 2 DE 2
5. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
1. Copia del documento de identidad 2. 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	
<u>LISTAS CONSULTADAS</u>			<u>REPORTA RESTRICCIÓN</u>		
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	