

	GESTION ADMINISTRATIVA			CÓDIGO: GA-FR-105				
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES			VERSIÓN: 3				
	PERSONA JURIDICA			VIGENTE DESDE: 31-07-2024 PAGINA 1 DE 2				
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	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. _____			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO				
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES			
				AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO			
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"/>	_____			
EXISTITE 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 Jurídica, 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 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: Número de Identificación Tributaria

	GESTION ADMINISTRATIVA				CÓDIGO: GA-FR-105
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES				VERSIÓN: 3
	PERSONA JURIDICA				VIGENTE DESDE: 31-07-2024 PAGINA 2 DE 2
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 RECEPCIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> OTRA? <input type="checkbox"/> ¿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					
<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 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.</p>					
5. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
1 Copia del documento de identidad del representante legal 2 Copia de representacion legal - Certificado de camara y comercio detallado 3 Copia del RUT detallado 4 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					
_____ FIRMA Y CEDULA				 HUELLA	
7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)					
FECHA	DIA	MES	ANO	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	