

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
|  | GESTION ADMINISTRATIVA | | | | CÓDIGO: GA-FR-099 |
| | FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL | | | | VERSIÓN: 3 |
| | | | | | VIGENTE DESDE: 31-07-2024 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 | | | | | |
| 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 | ANO | DIA | MES | ANO |
| 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"/> ¿Cuál? _____ | | | | | |
| 2. INFORMACION FINANCIERA | | | | | |
| REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> ENVÍO Y/O RECEPCIÓN DE GIROS <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ 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> | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-------|--|------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|---|-------------------------|---|-----------------------|---|
|  | GESTION ADMINISTRATIVA | | | | CODIGO: GA-FR-099 | | | | | | | | | | | |
| | FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL | | | | VERSIÓN: 3 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | VIGENTE DESDE: 31-07-2024 | | | | | | | | | | | |
| PAGINA 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 OFICAL DE CUMPLIMIENTO) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | DÍA | MES | AÑO | HORA | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><u>LISTAS CONSULTADAS</u></td> <td style="width: 30%;"><u>REPORTA RESTRICCIÓN</u></td> </tr> <tr> <td>1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. LISTA LINEA INTERPOL</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. OTRAS OBSERVACIÓN:</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | | | | | | <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"/> |
| <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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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