

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**



Código: GA-FR-099	Fecha de elaboración: 16/12/2016	Fecha de actualización: 05-06-17	Versión: 2	Página 1 de 2
----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------	---------------

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA 23	MES 01	AÑO 2019	CIUDAD: Ibagué
---------------------------	-----------	-----------	-------------	----------------

**Importante:** Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra impresa. 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 Fletscher	SEGUNDO APELLIDO Covaleda	NOMBRES Gabriel Fernando	
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 checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> No. 14295088			<input checked="" type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA 11	Ibagué	DÍA 26	Ibagué
MES 07		MES 06	
AÑO 2003		AÑO 1985	

NACIONALIDAD 1 Colombiano	NACIONALIDAD 2	OCCUPACION / OFICIO Medico	PROFESION Ortopedista
------------------------------	----------------	-------------------------------	--------------------------

DIRECCION RESIDENCIA Altos Carolina Torre B Apt 203	DEPARTAMENTO Tolima	CIUDAD Ibagué
--	------------------------	------------------

CORREO ELECTRONICO fletscher@gmail.com	TELEFONO FIJO	CELULAR 3214850320
---	---------------	-----------------------

POR SU CARGO O ACTIVIDAD	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**2. INFORMACION FINANCIERA**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	PRESTAMOS <input type="checkbox"/>
FINCAYO RECEPCION DE BIENES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>
PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	OTROS <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**

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.

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 pagina [www.nflleras.gov.co](http://www.nflleras.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.

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**



<b>Código:</b> GA-FR-099	<b>Fecha de elaboración:</b> 16/12/2016	<b>Fecha de actualización:</b> 05-06-17	<b>Versión:</b> 2	<b>Página</b> 2 de 2
-----------------------------	--	--	-------------------	----------------------

**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

G. Fletscher 14295088.  
FIRMA Y CEDULA



HUELLA

**7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO)**

FECHA	DIA			MES			AÑO			HORA

**LISTAS CONSULTADAS**

**REPORTA RESTRICCIÓN**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC)<br>Oficina de control de activos       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. LISTA FINFA INTERPOL   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. OTRAS OBSERVACIONES:   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

CARGO