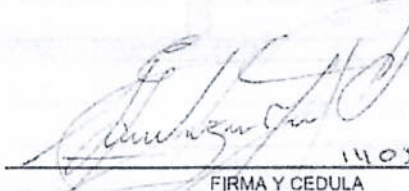


FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES											
Código: GA-FR-105		Fecha de elaboración: 05/06/17		Versión: 1		Página 1 de 2					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				DÍA 06		MES 07		AÑO 2022		CIUDAD: IBAGUE	
Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior 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 INGENIERIA Y CONSTRUCCION S70 S.A.S								NIT 901.310.778-1			
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL											
PRIMER APELLIDO SANCHEZ			SEGUNDO APELLIDO GOMEZ			NOMBRES JESUS ENRIQUE					
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 ☒ CE ☐ PA ☐ TI ☐ TE ☐ RC ☐ No. 110519903										X	
FECHA DE EXPEDICION			LUGAR DE EXPEDICION			FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
DÍA MES AÑO 05 02 2010			IBAGUE			DÍA MES AÑO 04 02 1992			BOGOTA DC		
NACIONALIDAD 1 COLOMBIANO						NACIONALIDAD 2					
DIRECCION RESIDENCIA CAR 2A # 1-12						DEPARTAMENTO TOLIMA			CIUDAD IBAGUE		
CORREO ELECTRONICO j.sanchez92@gmail.com						TELEFONO FIJO			CELULAR 3003856920		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD 1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒ 2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI ☐ NO ☒ 3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI ☐ NO ☒											
EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:											
EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?										SI ☐ NO ☒	
¿Cuál?											
TIPO DE EMPRESA PUBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐ SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ ¿Cuál?											
ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☒ CONSTRUCCION ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ AGRICOLA ☐ TRANSPORTE ☐ CIVIL ☐											
DATOS OFICINA PRINCIPAL						DATOS SUCURSAL O AGENCIA					
DIRECCION CAR 2A # 1-12 OFI. 501						DIRECCION					
DEPARTAMENTO TOLIMA						DEPARTAMENTO					
CIUDAD IBAGUE						CIUDAD					
CORREO ELECTRONICO j.sanchez92@gmail.com						TELEFONO 3003856920					
CORREO ELECTRONICO						TELEFONO					
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APOORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACION). IGUALMENTE IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3, SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS, PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTA OBLIGADO A DECLARACION TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES.											
No.	TIPO DE IDENTIFICACION	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 País	5. PARTICIPACION			
1	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	110490900	Josana Andrea Olave Camacho	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		34			
2	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	1106842663	Juan Augusto Salgado Ospina	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		33			
3	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	110519903	Jesus Enrique Sanchez Gomez	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		33			
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐					
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐					
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐					

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, NIT: Número de Identificación Tributaria

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES					
Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 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 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.					
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 página www.hflleras.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.					
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					
 140519903. FIRMA Y CEDULA				 HUELLA	
7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO)					
FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	
	07	07	2022		6:20 pm
LISTAS CONSULTADAS			REPORTA RESTRICCIÓN		
1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos			SI	☐	NO ☒
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS			SI	☐	NO ☒
3. LISTA LINEA INTERPOL			SI	☐	NO ☒
4. OTRAS			SI	☐	NO ☒
OBSERVACIÓN: <u>NO Reporta Restricciones en las listas consultadas</u>					
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA <u>Andrea Rubio</u>				CARGO	
<u>Claudia M Correa</u>				<u>Oficial</u>	