FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 1 de 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	27	12	2022	BOGOTA

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
NOVATECNICA SAS	900412189-6

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CAMACHO	MONTOYA	MANUEL IGNACIO

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjeria, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjeria, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 79568251

SEXO: F [ ] M [X]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
17	11	1989		05	02	1971	BOGOTA

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIANO	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
TRANSVERSAL 23 # 93-23	CUNDINAMARCA	BOGOTA

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
MONICA.GAMBA@amareynovamedical.com	7447300	

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI [ ] NO [X]
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal?

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal?

ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [X] CONSTRUCCION [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] AGRICOLA [ ] TRANSPORTE [ ] CIVIL [ ]

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION: TRANSVERSAL 23 # 93-23		DIRECCION:	
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA		DEPARTAMENTO:	
CIUDAD: BOGOTA		CIUDAD:	
CORREO ELECTRONICO: MONICA.GAMBA@amareynovamedical.com	TELEFONO: 7447300	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 RELACIÓN). 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 ESTÁ OBLIGADO A DECLARACION TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES.

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 País	% PARTICIPACIÓN
1	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	800.249.542	Reyna Romero y Cía. S. en C	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	32.50
2	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	800.250.382	Amarey Nova Medical S.A.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	60
3	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	830070192-6	Ucipharma S.A.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	5
4	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	700.006.373	Estefanía Amaya Reyna	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	2.5
	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 Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Némero de Identificación Tributaria

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

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? ☐ ¿Cúal? _____

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

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 prestacion 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.

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 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 disponobles en la pagina 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

FIRMA Y CEDULA

HUELLA

7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	

LISTAS CONSULTADAS	**REPORTA RESTRICCIÓN**			
1. OFFICE OF FOREING 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: _____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO