Federico Lleras Acosta	GESTION ADMINISTRATIVA	CODIGO: GA-FR-099
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD: IBAGUE
	11	03	2026	

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
CARDONA	OLMOS	DIEGO FERNANDO

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 93.406.518

SEXO: F [ ] M [X]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
26	03	1996	IBAGUE	19	10	1977	IBAGUE

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESION
COLOMBIANO		COMERCIANTE	MEDICO

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CARRERA 3 No. 2 - 60	TOLIMA	IBAGUE

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
Equimedicas1@yahoo.com		3203019306

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	[ ]	[x]	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	[ ]	[x]	
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	[ ]	[x]	

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

¿Cúal? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [x]

EXPORTACIONES	[ ]	INVERSIONES	[ ]	ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS	[ ]	TRANSFERENCIAS	[ ]
IMPORTACIONES	[ ]	PRESTAMOS	[ ]	PAGO DE SERVICIOS	[ ]	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.

Federico Lleras Acosta	GESTION ADMINISTRATIVA	CODIGO: GA-FR-099
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 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

93.406.518

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (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	FIRMA	CARGO