



FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR-
CONTRATISTA- EMPLEADO- PERSONA NATURAL



Versión 1.0

Fecha: Mayo/17/17

PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FECHA DE NACIMIENTO			OFICIO, PROFESION		
T.I.	P.P.	C.C.	DIA	MES	AÑO			
C.E.	CARNET DIPLOMATICO		DIRECCION DE RESIDENCIA			TIPO DE VINCULACION		
						PLANTA	CONTRATO	CONSIGNATARIO
NUMERO			CIUDAD					
LUGAR DE EXPEDICION			TELEFONO FIJO			CARGO		
FECHA DE EXPECION						TELEFONO MOVIL:		
DIA	MES	AÑO	E-MAIL PARA NOTIFICACIONES					

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural)

PATRIMONIO (PESOS):		PASIVOS (PESOS):	
ACTIVOS (PESOS):		EGRESOS MENSUALES(PESOS):	
INGRESOS MENSUALES (PESOS):			
CONCEPTOS/OTROS INGRESOS:			
DECLARACION DE RENTA:	SI:	NO:	REGIMEN GENERAL:
			REGIMEN ESPECIAL:

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA * (persona natural)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? :	SI		NO	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? :	SI		NO	
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público?	SI		NO	
En caso de respuesta afirmativa, especifique:				
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta ?:	SI		NO	
Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación):				

*Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, definidos en el Decreto 1674 de 2016 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural)							
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?				SI		NO	
En caso afirmativo señalar con una X que tipo de transacciones:							
IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES	PRESTAMOS	ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS		PAGO DE SERVICIOS	TRANSFERENCIA
OTRA:		¿CUAL?:					
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera?				SI		NO	
TIPO DE PRODUCTO	N. DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO		MONEDA	CIUDAD	PAIS
DECLARACIONES (persona natural)							
<p>Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo a la Cooperativa de Transportadores del Huila Limitada, Cootranshuila Ltda. a que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.</p>							
<p>Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes.</p>							
<p>Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo</p>					VERIFICACIÓN		
					HORA	FECHA	LUGAR
<p>su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.</p>					NOMBRE:		
					DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		
					NUMERO:		
					FIRMA:		
					CARGO:		
					SI	NO	
FIRMA				ESPACIO PARA HUELLA			
NOMBRE							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:							
NUMERO:							
FECHA:	DD	MM	AA				

OBSERVACIONES									
Información reservada para la Cooperativa de Transportadores del Huila Limitada – Cootranshuila Ltda									
Verificación en Listas:									
¿La persona verificada presenta coincidencia en listas?			SI	NO					
En caso de ser positiva la respuesta indique en cual									
<i>En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.</i>									
Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación									
AREA:									
FECHA:			HORA:						