

Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Renovación ☐ Actualización ☐

Fecha diligenciamiento: ____/____/____ Ciudad: _____

Clase de Vinculación: Funcionarios ☐ Proveedor Servicios de Salud ☐ Proveedor de Suministros ☐ Contratistas ☐

Indique con una X la modalidad de Cliente en que se inscribe.

Empleado ☐ Agricultor ☐ Comerciante ☐ Transportador ☐
Pensionado ☐ Industrial ☐ Otro ☐

PERSONA NATURAL - IDENTIFICACION
Nombres
Apellidos
Documento de Identificación:

Tipo documento: C.C.____ C.E.____ NIT____ Pasaporte____

Documento No.: _____

Fecha de Nacimiento AA/MM/DD ____/____/____ Teléfono: _____ Celular: _____

Lugar de Nacimiento Ciudad _____ Departamento _____ País _____

Ocupación/ Oficio: _____ Profesión: _____

Dirección Domicilio _____ Ciudad _____ Departamento _____

Lugar donde labora:
País / Ciudad:
Cargo:
Nombre de la Empresa
Dirección
Correo electrónico
Teléfono
ACTIVIDAD ECONOMICA

ES UN Personas Públicamente Expuestas (PEP) SI ☐ NO ☐

Espacio Exclusivo para Personas Públicamente Expuestas (PEPS)

Las Personas Públicamente expuestas son quienes desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas

NOMBRE DE LA ENTIDAD

NIT _____

Tipo de Empresa Pública ☐ Mixta ☐ Actividad Económica _____ CIU _____

Dirección Domicilio _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Cargo que desempeña _____ Maneja Recursos Públicos SI ☐ No ☐

Fecha de Posesión ____/____/____

Fecha de Retiro ____/____/____

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☐

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☐

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☐

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☐


PERSONA JURIDICA
INFORMACIÓN SOCIAL

(Sólo para Personas Jurídicas, que no sean Sociedad Anónima Abiertas)

Nombre o Razón Social: _____ NIT: _____ DV: _____

Representante Legal: _____

CC ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ No. _____

	FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTES				Código: GF.F.24
					Versión: 03
					TRD:

SOCIOS (Cuando Aplique)					
Nombres y Apellidos			Identificación		% Participación
INFORMACIÓN FINANCIERA			Miles de \$		
Ingresos mensuales de su actividad					
Total Egresos					
Total Activos					
Total Pasivos					
Otros ingresos no operacionales					
Concepto Otros Ingresos					
REFERENCIAS					
Referencias Bancarias					
Banco	No. Cuenta	Tipo	Sucursal	Teléfono	Contacto
Referencias Comerciales					
Nombre o Razón social			Contacto		Teléfono
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS					
Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. De las actividades como: _____					
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ____ NO ____ Indique que operaciones: _____ ¿Posee productos financieros en el exterior? SI ____ NO ____ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI ____ NO ____					
CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN					
Con la suscripción de este documento autorizo a la Red de Salud del Norte E.S.E. a: 1. Con base en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E., o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y seguimiento de la gestión de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, Al igual que revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación. 2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo. Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la Red de Salud del Norte E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos. La Red de Salud del Norte E.S.E. podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, el funcionario, el contratista o proveedor llegaren a ser: 1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional. 2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. 3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula. El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la Red de Salud del Norte E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la Red de Salud del Norte ESE por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la Red de Salud del Norte E.S.E. Por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar, originadas por el mencionado incumplimiento a la Red de Salud del Norte E.S.E. y a los terceros que este le indique.					

SOPORTES

Por favor adjunte los siguientes documentos:

* Estados Financieros para persona jurídica _____

* Fotocopia Declaración de Renta último año SI ESTA OBLIGADO A DECLARAR _____

Nombre del Titular del Contrato
o del Representante Legal

FIRMA



Huella Dactilar

INFORMACION RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Fecha de la Verificación ____/____/____

Funcionario que realizó la Verificación _____

Cargo _____

Consultó listas SI ____ No ____