



Código: FR-CA-002

Fecha: 02/03/2017

Versión: 02

**PROCESO**

**Gestión de la Autoevaluación y la Calidad**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

FECHA DILIGENCIAMIENTO		DD	MM	AA		
NOMBRE			PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	LUGAR DE NACIMIENTO		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	C.E.	OTRO	NO. DOCUMENTO		
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN				DIRECCIÓN RESIDENCIA/BARRIO		
EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA/CARGO		
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA				CIUDAD		
PROFESIÓN/OFICIO/OCUPACIÓN				NACIONALIDAD		
ESTADO CIVIL		Soltero		Unión libre		Separado
		Casado		Viudo		
				TELEFONO RESIDENCIA		
				CELULAR		
¿Es o fue un funcionario de una entidad pública controlada por el gobierno?				SI		NO
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?				SI		NO
¿Goza usted de algún reconocimiento público?				SI		NO
¿Existe algún vínculo familiar entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?				SI		NO
Indique: <input type="text"/>						

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE**

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>
ACTIVOS	<input type="text"/>	PASIVOS	<input type="text"/>
OTROS INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	CONCEPTO	<input type="text"/>
Indique en este espacio el concepto de pago que usted le esta haciendo a la IPS CES por la prestación del servicio realizado.			Valor a pagar
<input type="text"/>			\$ <input type="text"/>

**3. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

YO, \_\_\_\_\_, identificado con el No. de documento \_\_\_\_\_, Expedido en \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondo a la IPS CES.

- Tanto mis actividades, mi profesión u oficio es lícito, la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas, ni se destinaran para actividades terroristas, ni a la financiación del terrorismo, en las contempladas en código penal o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.

- Conozco, declaro y acepto que la IPS CES está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la IPS CES, pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones, así como del origen de mis activos, evento en el cual suministraré las aclaraciones que sean del caso.

- Me comprometo a la actualización de datos como mínimo anualmente.

ORIGEN DE FONDOS  \*Especificar de donde provienen el origen de sus fondos.

**4. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

La IPS CES le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted. Puede verificar finalidades específicas en el artículo 8 de la Política de Tratamiento de Información de la Universidad CES. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.ces.edu.co/>. Si usted desea conocer, corregir, actualizar, rectificar o suprimir los datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el artículo 15 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a [habeasdata@ces.edu.co](mailto:habeasdata@ces.edu.co) indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 444 05 55 extensión 1665. Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la IPS CES.

**5. FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

\_\_\_\_\_

FIRMA CLIENTE HUELLA DACTILAR

Campo diligenciado por el personal de la IPS CES

OBSERVACIONES: