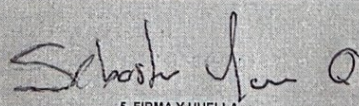


		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina		Fecha Vinculación	
1. INFORMACION DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos SEBASTIAN DAVID YANES QUINTERO					Sexo M ☒ X ☐ F ☐
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1083013312		Expedida en SANTA MARTA	
Estado Civil (Seleccíone) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad ☐		Fecha de Expedición 20/06/2014	
No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 6 8 96		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio MANZANA 70 CASA 2 CIUADELA 29 DE JULIO	
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		Correo Electrónico SEBAS.YANES@HOTMAIL.COM	
No. Celular 3126053003		Teléfono		Ocupación (Seleccíone) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐	
Actividad Principal CIU 7 4 9 0		Detalle Actividad Económica ACTIVIDAD DE ASESORAMIENTO		Descripción del CIU ASESORIAS A NIVEL JURIDICO	
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento		Número	
C.C. ☐ P.P. ☐					
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio ESE HJMB		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo AUXILIAR DE FACTURACION	
Dirección de empresa o negocio CARRERA 14 #23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		No. Teléfono		SI ☐ NO ☒	
3. INFORMACION FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales \$1.900.000		Total Egresos mensuales \$1.300.000		Otros Ingresos Mensuales	
Total Activos \$11.400.000		Total Pasivos \$7.800.000		Otros Egresos Mensuales	
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes DICIEMBRE Año 2023		Es declarante?		SI ☐ NO ☒	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO					
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO					
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES					
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: MI CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.					
					
5. FIRMA Y HUELLO					
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):					
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento					