

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: RNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE														
Nombres y Apellidos												Sexo		
												M X F		
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición					
C.C. x C.E. T.I. R.C. P.P.			1082868403			santa marta			21/10/2005					
Estado Civil (Selección)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo					Primaria Bachiller Técnico Universidad					Propia Arrendada Familia			Rural Urbano	
x					x			2		x			x	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento		
7 9 1987			santa marta			carrera 17a n° 32 - 15			santa marta			magdalena		
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono	
nelsonalberto0722@gmail.com										3004694072			x	
Ocupación (Selección)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante Independiente x Empleado Hogar Jubilado										7 0 2 0				
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				
prestación de servicios en asesoría, planificación, estrategias financieras										actividades de consultoría de gestión				

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					Tipo de Empresa o Negocio					Cargo				
					Pública Privada Mixta Otra, cuál?									
Dirección de empresa o negocio					Ciudad					Barrio		No. Teléfono		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI NO				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA																			
Total Ingresos Mensuales					6.875.000					Total Egresos mensuales					30.000.000				
Otros Ingresos Mensuales					82.500.000					Otros Egresos Mensuales					2.500.000				
Total Activos					75.000.000					Total Pasivos					29.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada										Mes 12 Año 2022		Es declarante?			SI x NO				
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? 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: ACTIVIDADES LABORALES INDEPENDIENTE																			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES														
<p>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: y no acepto como propias, los depósitos que a mis cuentas efectúen terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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.</p> <p>Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u intereses 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 maneja 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 mercados, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo prescrito 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 consignarán 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.</p> <p>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 revelar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Haberes 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.</p>														

														
5. FIRMA Y HUELLA														
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														