HUMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO

CODIGO: RNDAF
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad

1

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Carlos Andres Retamozo Obregon

Sexo: M | F

Tipo de Documento					Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP	1083006203	Santa Marta	28-11-2013

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X								X	2			X		

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
DD	MM	AA	Sta Mta.	Carrera 1ra # 4-28 Bonda	Santa Marta	Magdalena
21	08	1995				

Correo Electrónico: Carlosretamozo21@gmail.com
No. Celular: 3004445690
Teléfono:

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU

Detalle Actividad Económica
Descripción del CIIU

C.C.

Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | Cargo

Dirección de empresa o negocio | Barrio | No. Teléfono

Mano | SI | NO

INFORMACION FINANCIERA

Total Egresos mensuales
Otros Egresos Mensuales
Total Pasivos
financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI | NO

Servidor Publico: Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales...

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