

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos CRISTIAN ANÍBAL PEÑARANDA SALCEDO										Sexo			
										M	X	F	
Tipo de Documento					Número		Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E	T.I	R.C	PP	1.004.363.519		SANTA MARTA		16/09/2020			
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		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
12	JUL	2002	SANTA MARTA		Manzana 31 casa 1 Urbano 2.000						MAGDALENA		
Correo Electrónico								No. Celular		Teléfono			
cpenaranda276@gmail.com								3013395123					
Ocupación (Seleccione)								Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	Empleado	X	Hogar	Jubilado			9		2	0	0	
Descripción del CIU													

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Pública	X	Privada	Mixta	Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio	No. Teléfono	
Carrera 14 No. 23-42	SANTA MARTA		ALCANZARES	4346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI	NO
					X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 1,400,000	Total Egresos mensuales \$ 1,600,000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos:	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 23
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	SI NO X
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 INGRESOS LABORALES
SI	

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: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA 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 efectúare 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 habeas 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 consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Mendez 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 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):