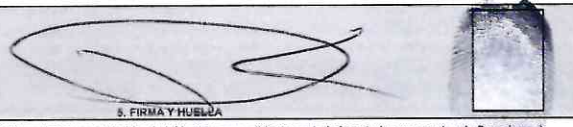
	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FING-4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
1. INFORMACION DEL SOLICITANTE		
Nombres y Apellidos: Daniel Mauricio Salas Reyer		Sexo: ☒ M ☐ F
Tipo de Documento: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P.	Número: 908302547	Expedida en: Santa Marta Fecha de Expedición: 11/06/2015
Estado Civil (Selección): ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo		Nivel educativo: ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad
No. Personas a cargo: 1		Tipo de Vivienda: ☒ Propia ☐ Arrendada ☐ Familia
Fecha nacimiento: 22 03 1994 Lugar de Nacimiento: Santa Marta		Dirección Domicilio: Calle 21 # 14-24 Municipio / Ciudad: Santa Marta Departamento: Magdalena
Correo Electrónico: daniel3r212@gmail.com		No. Celular: 3166989046
Ocupación (Selección): ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado		Actividad Principal CIU:
Detalle Actividad Económica: Medico General		Descripción del CIU:
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD		
Nombres y Apellido del Representante Legal:		Tipo de Documento: ☐ C.C. ☐ P.P.
Número:		Número:
2. DATOS LABORALES		
Nombre de la Empresa o Negocio: HUJMS		Tipo de Empresa o Negocio: ☒ Pública ☐ Privada ☐ Mixta
Dirección de empresa o negocio:		Carga: Medico General
Ciudad: SANTA MARTA Barrio: ALCAZAR		No. Teléfono:
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒
3. INFORMACION FINANCIERA		
Total Ingresos Mensuales: 5.000.000		Total Egresos mensuales: 5.000.000
Otros Ingresos Mensuales: 5.000.000		Otros Egresos Mensuales: x x x x
Total Activos: x x x x		Total Pasivos: x x x x
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes: Año:		Es declarante? SI ☒ 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:		
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES		
1. Declaro que el origen de bienes y/o fincas para la apertura, certificación y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: LABOR ASISTENCIAL y no acepto como propias los depósitos que a mi(s) cuenta(s) afecten terceros con origen 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 Barreache a n e quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acordador para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, sistematizar, consultar, procesar, compilar, inventariar, suministrar, grabar, editar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier supervisor, 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 Barreache, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con 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 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 Barreache 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 Barreache no violar o revocar 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 Barreache 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		
		
Certifico (firmas) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo (firmas):		
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		