

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina HOSPITALIZACION
------------------------------	-----------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JESUS ANTONIO CAMACHO												Sexo																			
												M	X	F																	
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																			
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		73145144				SANTA MARTA				12/01/1989													
Estado Civil (Seleccione)								Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación														
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		2		Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano			
		X												X								X									
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento											
26				10				1970				SANTA MARTA				CARRERA 78 N. 29-47 BARRIO TAMINACA 2								SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono															
jesus_camacho2607@hotmail.com												3242134326				3242134326															
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																			
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado				8		6		2		1					
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																			
MEDICO GENERAL												8621																			

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							
HISPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica		X		Privada		Mixta		Otra, cual?		GERENTE			
Dirección de empresa o negocio		Ciudad						Barrio		No. Teléfono					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		X		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		5,400,000		Total Egresos mensuales		5,400,000	
Otros Ingresos Mensuales		5,400,000		Otros Egresos Mensuales		5,400,000	
Total Activos		5,400,000		Total Pasivos		5,400,000	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes		Año		Es declarante?	
						SI NO X	
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?							
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:							
HONORARIOS PROFESIONALES							

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:

_____ 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 mercado, 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 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.

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

	
5. FIRMA Y HUELLA	

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento