

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

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Andrés José Núñez Hernández										Sexo M ☐ x ☐ F ☐	
Tipo de Documento C.C. ☐ x ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐					Número 79571662		Expedida en Bogotá		Fecha de Expedición 27/08/1991		
Estado Civil (Selecciones) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐					Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ x ☐ Universidad ☐		No. Personas a cargo 3		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☐		
Fecha nacimiento 07/ 4 1273		Lugar de Nacimiento Bogotá		Dirección Domicilio Manzana A Casa 16 Urbanización Santa Lucía				Municipio / Ciudad Santa Marta		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☐	
Correo Electrónico ajnh1@hotmail.com					No. Celular 3106422353		Teléfono 6054379127				
Ocupación (Selecciones) Estudiante ☐ Independiente ☐ x ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐					Actividad Principal CIU 2 2 2 9						
Detalle Actividad Económica medico					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 Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo medico	
Dirección de empresa o negocio carrer 14 23-42		Ciudad santa marta		Barrio losa alcázar	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☐ x ☐		No. Teléfono 605436007	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 7500000		Total Egresos mensuales 700000	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos 30000000		Total Pasivos 1800000	
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes Año		Es declarante? SI ☐ x ☐ NO ☐	
Es 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:			
trabajo			

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:

terceros con dinero 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.

2. 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 marcado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado 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.

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 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.

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):	