

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	ENFERMERIA	14/08/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JOSE DE JESUS CASTRO MARTINEZ										Sexo			
										M	X	F	
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	77018318			VALLEDUPAR				
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2		Propia	Arrendada	
	X							X				X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento		
5 11 1963			CONCORDIA MAGDALENA			MZ D CASA 2 BAVARIA CONTRI			SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono	
josechey63@hotmail.com										3016381508			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU			
Estudiante	Independiente	Empleado	x	Hogar	Jubilado				8 6 9 2				
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU			
ENFERMERO										ENFERMERO			

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	Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	ENFERMERO
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio		No. Teléfono
CARRERA 14 # 23- 42	SANTA MARTA			ALCAZAREZ		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

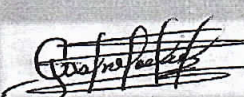
Total Ingresos Mensuales \$ 2.900.000	Total Egresos mensuales \$ 2.900.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos \$ 2.900.000	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes SEPT Año 2023	Es declarante? SI NO X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	
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:	

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 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 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

	
---	---

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):

<p>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</p>
