

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

Ciudad	Oficina
SANTA MARTA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : JUAN SEBASTIAN PEDRAZA MOSQUERA										Sexo		
										M	X	F
Tipo de Documento				Número		Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E.		T.I	Nom	R.C		PP				
				1234090543		BARRANQUILLA		12/02/2016				
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	
X								X	0			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento	
4	2	1998	SANTA MARTA		CALLE 17A#24-36				SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico								No. Celular		Telefono		
JUANSE9900@HOTMAIL.COM								3045991986				
Ocupación (Seleccione)								Actividad Principal CIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		MEDICO		
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU				
								Actividades como medico general				

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 julio mendez barreneche	Publica	x	Privada		Mixta	Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio
				santa marta		No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI		NO
						x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

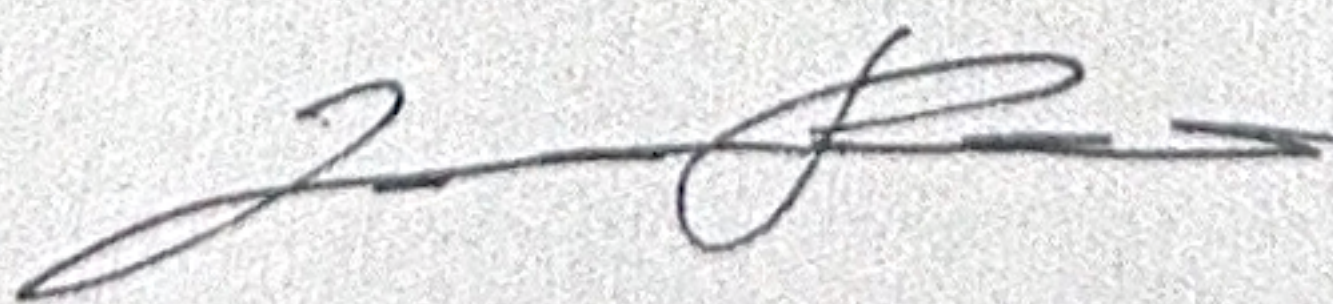
Total Ingresos Mensuales	8,000,000\$	Total Egresos mensuales	6,000,000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	8,000,000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?
			SI x NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?			
no			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			
no			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
actividades como medico general			

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: actividades como medico general 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 efectuare 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 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 y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento