

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO FINGAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
Santa Marta					

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos					Sexo		
Farid Joseph Caballero Torres					☒ M ☐ F		
Tipo de Documento		Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐		1083004404		Santa Marta			
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo		No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad ☐				Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Rural ☐ Urbano ☐	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
25 / 07 / 1995		Santa Marta		M2 26 CS 17 Urb 5 Parque		Santa Marta	
Correo Electrónico		No. Celular		Telefono			
faridhecaballero@gmail.com		3003761054		4217864			
Ocupación (Selección)					Actividad Principal CIU		
Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐					☐ 0		
Detalle Actividad Económica					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				Cargo	
Hospital Julio Méndez Barreneche		Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Profesional Especializado, oficina Epidemiología	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Carrera 14 # 2342		Santa Marta		Alcazares		4346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						☐ SI ☐ NO ☒ X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Otros Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
0		0	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Es declarante?	
Mes: Año:		☐ SI ☐ NO	

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u 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:
 La prestación de mis servicios (Salario)

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: La prestación de mis servicios (salario) y no acepto como propios, 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 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

Farid Caballero



5. FIRMA Y HUELLO

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