HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FR-GAF VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUMB	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIA	Sexo: M X F

Tipo de Documento						Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E.		T.I.	P.P.	1.082.977.297	SANTA MARTA	12/01/2012

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbana
	X						X		4			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
23	12	1993	SANTA MARTA	CRA 14 # 34 - 130 MARIA EUGENIA	SANTA MARTA	MAGDALENA
Correo Electrónico					No. Celular	Telefono
JAVIERSARMIENTO93@HOTMAIL.COM					3002548795	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		9	6	0	2
Descripción del CIIU													

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?	AUXILIAR CAMILLERO

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23- 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346282

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.750.000	Total Egresos mensuales	1.900.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.750.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2024	Es declarante?	SI NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declara el manejo recursos publicos y/o Detenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO

Declara que ayn persona politicamente expuesta PEP? NO

Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de: SERVICIOS PROFESIONALES NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demas productos previstos en actividades lícitas de sujeta relacionada a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mis) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la 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 Mendez Barrenechea y a la quien representa sus derechos u ostenta 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 mi actividad personal y 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 Mendez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización y verificación de mis información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento a mis obligaciones se aplica a de las mencionadas bases de datos en donde se recojan de manera consistente todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1. He cumplimiento a actuando anteriormente y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, o información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea la actual o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de manejo Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea 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 pertinentes actualmente.

Javier Sarmiento

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 firma (n)

Nombre y Firma Oficial de Cumplimiento