

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos CÉSAR DE JESUS CAMARGO LÓPEZ												Sexo M ☐ X ☒ F ☐															
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición															
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	79266362				BOGOTA				15/05/1981													
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación													
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universalidad		Propia		Arrendada		Familiar		Rural		Urbano	
		X												X				2		X						X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento											
22				4				1962				SANTA MARTA				CARRERA 4 A # 30 - 64				SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono											
cecamargol@hotmail.com												3017555038															
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU															
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado											
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 Universitario Julio Méndez Barreneche				Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?				CONTRATISTA							
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio				No. Teléfono			
CARRERA 14 # 23 42				SANTA MARTA				ALCAZARES				6054346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI				NO				X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

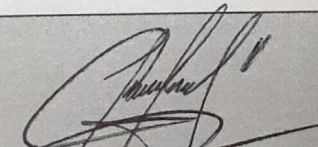
Total Ingresos Mensuales				2.400.000				Total Egresos mensuales				2.459.000			
Otros Ingresos Mensuales				500.000				Otros Egresos Mensuales				450.000			
Total Activos				2.900.000				Total Pasivos				2.809.000			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes JULIO Año 2025				Es declarante?				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 manejo beneficios públicos ni ostento de ningún grado público			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?												declaro que no soy persona políticamente expuesta			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:												de mis ingresos laborales como independiente y familiares			

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: Mis ingresos como independiente DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.400.000) 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 cumplimiento 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

			
5. FIRMA Y HUELLA			

Certifico (amos) que la información reportada 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	
--	--