| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINCAP<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 01/07/2025 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | subgerencia cientifica | 7/4/2025 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| JOSE DAVID COTES VILLA | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | M | X | F | |
| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | | | | Expedido en | | Fecha de Expedición | | | |
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 1083035031 | | | | SANTA MARTA | | 7/1/2016 | | | |
| 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 | 0 | | | | | X | | | X | |
| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | | Direccion Domicilio | | | | | | Municipio / Ciudad | | | | Departamento | | | |
| 10 | 10 | 1997 | SANTA MARTA | | | BOULEVARD DE LA 19 Mz R CASA 209 | | | | | | SANTA MARTA | | | | MAGDALENA | | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | No. Celular | | | | Telefono | | | |
| LAVICHOSECOTES@GMAIL.COM | | | | | | | | | | | | 3008090034 | | | | 4320555 | | | |
| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | | | | |
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | 8621 | | 202 | 30213 | | | | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina | | | | | | | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | | |
| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | | | Barrio | | | No. Teléfono | | |
| | | | | | | | | | |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto publicamente? | | | | | | SI | | NO | |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | 4,000,000 | Total Egresos mensules | 4,000,0000 |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | 0 | Otros Egresos Mensuales | 0 |
| Total Activos | 0 | Total Pasivos | 0 |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 07 Año 2025 | 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 publicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

PRESTACION DE SERVICIO

## 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 ingresos que a mejor cuantizar efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, irrevocable e irrenunciable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea o a quien represente sus derechos u ordene 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, customizar, 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 Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, gravitos de conocimiento, de la manera como se manejan, conservan y se protegen mis datos personales. En cumplimiento con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La presente autoriza que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se registren en las centrales de riesgo que operen en el país. Declaro que todos los datos aquí consignados de manera completa todos los datos solicitados a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente a terceros. Declaro que la información aquí consignada es cierta y verificable. Declaro que, al momento de actualizar, renovar y vincular ante la solicitud, la información de este formulario y proporcionar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea no existe ningún impedimento legal para proporcionar dicha información y autorizo para suministrar a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea no 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal en dicho a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea no autorizo o revocar mi autorización 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 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 requeridos anualmente.

José David Cotes Villa

6. 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 (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento