HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/13/2021

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: RICARDO ALBERTO GOMEZ VARGAS									Sexo: M X F
Tipo de Documento: C.C. X C.E T.I R.C PP					Número: 8.710.656		Expedida en: BARRANQUILLA		Fecha de Expedición: 8/09/1979
Estado Civil (Seleccione): Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo: 3
			X					X	

Tipo de Vivienda: Propia	Arrendado	Familiar	Zona Ubicación: Rural	Urbano
		X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
28	1	1960	BARRANQUILLA	MANZANA G CASA 6, URBANIZACION BRISAS DE LA SIERRA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
macgomez2006@hotmail.com	3207776039	.

Ocupación (Seleccione): Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			Actividad Principal CIIU:		
											8610		

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	Actividades de hospitales y clinicas con internacion

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento: C.C.			P.P		Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Cargo
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche								MEDICO

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 #23-42	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	8054346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $5.200.000.oo	Total Egresos mensuales $5.200.000.oo
Otros Ingresos Mensuales .	Otros Egresos Mensuales .
Total Activos	Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministr: Mes 12	Año 2024	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 MANEJO RECURSOS PUBLICOS NI DETENTO GRADO DE PODER PUBLICO NI RECONOCIMIENTO PUBLICO

Declara que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO SOY PERSONA POLITIAMENTE EXPUESTA

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

DE MIS SERVICIOS PROFESIONALES

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ 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 consignan 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 Mendez 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

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

Escaneado con CamScanner