

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	4/1/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														MARCOS JOSE SERRANO POMBO				Sexo			
														M	X	F					
Tipo de Documento								Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1,082,849,188				SANTA MARTA				12/1/2004			
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	Urbano				
			X							X	2				X			X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento				
18	9	1986	SANTA MARTA				MANZANA D CADA 4 CONCEPCION 1						SANTA MARTA			MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono						
marcoserrano10@hotmail.com												3114006341			3114006341						
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU									
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado					8621	2013	3	26					
								Descripción del CIU													
								Actividad de la práctica médica, si internacion													

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									
CUIDADO CRITICO			Publica		Privada	X	Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL								
Dirección de empresa o negocio									Ciudad			Barrio			No. Teléfono			
CRA19A # 23-3									SANTA MARTA			COMUNA 1			54206465			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?											SI				NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$4,000,000						Total Egresos mensules \$3,000,000									
Otros Ingresos Mensuels						Otros Egresos Mensuales									
Total Activos:						Total Pasivos									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes 03		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 politicamente expuesta PEP?															
NO															
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:															
SI															
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 lícitas las cuales relaciono a continuación: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA 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 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 datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
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):	
<div></div>	
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	