

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: RNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
--------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo				
										M	X	F		
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	x	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1082868403				santa marta				
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo				
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viuvo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2					
x							x							
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				
7	9	1987	santa marta			carrera 17a n° 32 - 15				santa marta				
Correo Electrónico										No. Celular				
nelsonalberto0722@gmail.com										3004694072				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU				
Estudiante	Independiente	x	Empleado	Hogar	Jubilado						7	0	2	0
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU				
prestación de servicio en asesoría, planificación, estrategias financieras										actividades de consultoría de gestión				

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
	Pública	Privada	Mixta	Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Berrio
					No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI
					NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	6.875.000	Total Egresos mensuales	30.000.000
Otros Ingresos Mensuales	82.500.000	Otros Egresos Mensuales	2.500.000
Total Activos	75.000.000	Total Pasivos	29.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	Es declarante?
		SI	
		NO	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			
NO			
Declaro que soy persona políticamente expuesta - PEP?			
NO			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
ACTIVIDADES LABORALES INDEPENDIENTE			

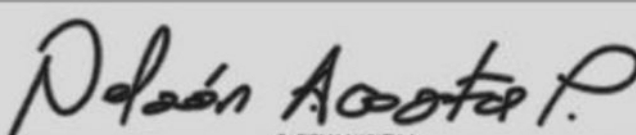
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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: **Servicio profesionales**

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mis (a) 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 efectúe 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 mercados, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preestablecido en la ley de haberes 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 revelar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Haberes 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 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	