HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta / MGLENA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : Andres Felipe Carreño Duarte	Sexo			
	M	x	F	

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1,083,028,188	santa marta / magdalena	9/18/2015

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	Familia	Rural	Urbano
x								x	0			x		x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Municipio / Ciudad	Departamento
3	9	1997	santa marta / MGLENA		Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
andres-duarte05@hotmail.com	3146693240	4355697

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado		

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
trabajor del servicio de la salud	Q -

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
andr es feli pe ca rreñ o	Publica		Privada	x	Mixta		Otra, cual?	medico general

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
conjunto residecial canarias E1 Mz 2 C 32	santa marta / MGLENA	Canarias	3146693240

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$4,000,000			Total Egresos mensules	$1,500,000			
Otros Ingresos Mensules	$ 0			Otros Egresos Mensuales	$ 0			
Total Activos	$ 0			Total Pasivos	$ 20,000,000			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 11	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

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:

servicios relacionados a las ciencias humanas de la salud en calidad de medicina general

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: servicios relacionados a las ciencias humanas de la salud en calidad de medicina general 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




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