

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo			
Javier Andres Ospino Romero										M	X	F	
Tipo de Documento					Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		12-10-2012			
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
X								X			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento	
01 10 1994			SANTA MARTA			Calle 29F #14 - 38				Santa Marta		Magdalena	
Correo Electrónico										No. Celular		Teléfono	
OspinoRomeroja@gmail.com										3015050889		3015050889	
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU			
Estudiante	Independiente	Empleado		Hogar		Jubilado							
										Descripción del CIU			

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?	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensuales				
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales				
Total Activos:	Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI	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 políticamente expuesta PEP?					
No					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:					
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:

_____ 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 mercado, 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 a reportar requeridos anualmente.

Javier Andres Ospino Romero	
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):