

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FMC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION:	
Ciudad Santa Marta		Oficina		Fecha Vinculación	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos Jesús David Montero Pérez				Sexo M ☒ F ☐	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número Santa Marta		Fecha de Expedición	
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☐		No. Personas a cargo	
Fecha nacimiento 01/11/1998		Lugar de Nacimiento Cra 2da 3 # 29j-104		Municipio / Ciudad Santa Marta	
Correo Electrónico Orjesdmontero@gmail.com		No. Celular 312 3080512		Departamento Magdalena	
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU		Descripción del CIU	
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 HMB		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo Médico	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒		No. Teléfono	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales 8.000.000		Total Egresos mensuales 4.000.000			
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera sumini		Mes		Año	
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?		SI ☐ NO ☒			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?		SI ☐ NO ☒			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:		SI ☐ NO ☒			
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 efectúare 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 consignen 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 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 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					