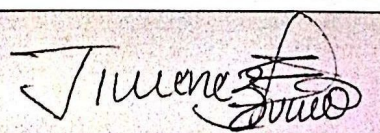



Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
SANTA MARTA		SANTA MARTA		28 de agosto 2024	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos JUAN CARLOS JIMENEZ OROZCO				Sexo	
				M X F	
Tipo de Documento		Número		Expedida en	
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP		1082878820		SANTA MARTA	
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo		Fecha de Expedición	
Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo		Primaria Bachiller Técnico Universitario		22/06/2006	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio	
5 04 1988		SANTA MARTA		Manzana e casa 14 villa del mar	
				Municipio / Ciudad	
				SANTA MARTA	
				Departamento	
				MAGDALENA	
Correo Electrónico				No. Celular	
juacaim19@hotmail.com				3004420485	
Teléfono					
Ocupación (Seleccione)				Actividad Principal CIIU	
Estudiante Independiente Empleado x Hogar Jubilado				7 0 1 0	
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIIU	
Actividades de administración empresarial					
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		Tipo de Empresa o Negocio			Cargo
HOSPITAL U. JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica X Privada Mixta Otra, cuál?			ASISTENTE ADMINISTRATIVO
Dirección de empresa o negocio		Ciudad			Barrio
CARRERA 14 # 23-42		SANTA MARTA			ALCAZARES
					No. Teléfono
					4365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI NO X
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales		\$ 3.600.000		Total Egresos mensuales	
				\$ 1.500.000	
Otros Ingresos Mensuales		\$ 600.000		Otros Egresos Mensuales	
				\$ 350.000	
Total Activos		\$ 4.200.000		Total Pasivos	
				\$ 1.850.000	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes DICIEMBRE Año 2024		Es declarante?	
				SI NO x	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u 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:					
PRESTACION DE SERVICIOS					
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: Independiente bajo el contrato de prestación de servicios 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 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 consignarán 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 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					