

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina
SANTA MARTA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ALAN JOSE PERTUZ SERRANO														Sexo									
														M	X	F							
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición									
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1082963089				SANTA MARTA									
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación								
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		1		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano							
X								X					X			X							
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento								
31			1			1993			VALLEDUPAR			MZ D CASA 7 URBANIZACIÓN ALTOS DE SANTA CRUZ						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico														No. Celular			Telefono						
Ajpertuz31@gmail.com														3014376437									
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIUU									
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8	6	2	1						
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIUU													
MEDICO										Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina													

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

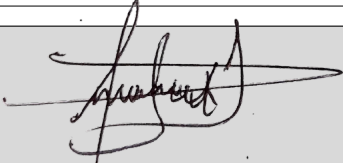
Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio						Cargo							
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL						
Dirección de empresa o negocio								Ciudad		Barrio		No. Teléfono			
CARRERA 14 #23-42								SANTA MARTA		LOS ALCAZARES		4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$2,400,000	Total Egresos mensuales	\$2,000,000						
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0						
Total Activos	0	Total Pasivos	0						
Mes y año de corte de la información financiera suministrad		Mes 9	Año 2024	Es declarante?		SI		NO	X
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:									
TRABAJO									

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:
MEDICO, 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 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 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 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	