

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO FINCAF VERSION 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina DIRECCION TECNICA		Fecha Vinculación 2 DE ENERO DE 2,024	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
JOSE MIGUEL PALLARES OJEDA					
Tipo de Documento C C X C E T I R		Número 12,248,747		Expedida en SANTA MARTA	
Estado Civil (Selecione) Soltero Casado Divorciado X		Nivel educativo Bachiller Técnico Universidad X		Fecha de Expedición 30 DE AGOSTO DE 1,978	
U libre Viudo		Primaria		Tipo de Vivienda Propia Arrendada Familia X	
Fecha nacimiento 15 3 1953		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Zona Ubicación Rural Urbano X	
Dirección Domicilio CALLE 28 No 8 37 edificio aluna bavaría		Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA	
Correo Electrónico jpallaresojeda@gmail.com		No Celular 3008158934		Telefono	
Estudiante Independiente x Empleado		Ocupación (Selecione) Hogar Jubilado		Actividad Principal CIU	
Detalle Actividad Económica Actividades propias de la profesión Q.F		Descripción del CIU Interventoría contrato de S y D			
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal Jose Miguel Pallares Ojeda		Tipo de Documento C C P P		Número 12,548,747	
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Tipo de Empresa o Negocio Pública Privada Mixta Otra, cual? SANTA MARTA		Cargo ALCAZARES	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI NO X		No Teléfono 3182392991	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales 4.000.000		Total Egresos mensuales 6.000.000			
Otros Ingresos Mensuales 3.800.000		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos		Total Pasivos 20.000.000			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes Año		Es declarante? SI X NO	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o 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					
CONTRATOS 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: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mis(á) cuenta(s) efectúan terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. ni efectuaré 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 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 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 derivadas 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)					
					