

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO										Sexo			
										M	X	F	
Tipo de Documento					Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	12561910			SANTA MARTA		1-mar-83		
Estado Civil (Selecione)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero Casado Divorclado U. libre Viudo					Primaria Bachiller Técnico Universidad			4		Propia Arrendada Familiar		Rural Urbano	
X										X		X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento	
1 8 1964			GIRARDOT			CARRERA 24 No 20-36			SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono	
FERNANDO080109@HOTMAIL.COM										3016350350			
Ocupación (Selecione)										Actividad Principal CIUU			
Estudiante Independiente X Empleado Hogar Jubilado										8 6 2 1			
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIUU			
MEDICO										ATENCION EN SALUD			

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	
HUMB		Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio	
CRA 14 # 23 - 42				SANTA MARTA		ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO
							X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

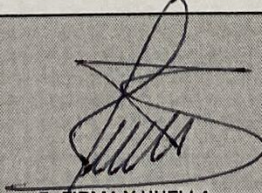
Total Ingresos Mensuales 8,900,000				Total Egresos mensuales 7,000,000			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la Información financiera suministrada				Mes: 12	Año: 2024	Es declarante?	
						SI	X
Es servidor Publico? Si es servidor 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:							
ACTIVIDAD LABORAL COMO MEDICO GENERAL							

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: ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL 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):