

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad SANTA MARTA		Oficina FACTURACION		Fecha Vinculación
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Nombres y Apellidos: NELSON DE JESUS CAMPO CASTILLO				Sexo M ☐ X ☒ F ☐
Tipo de Documento C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 92.032.465	Expedida en SINCE (SUCRE) 4/05/1998	
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	No. Personas a cargo 5	Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐ Rural ☐ Urbano ☒
Fecha nacimiento 15 / 8 / 1970		Lugar de Nacimiento SINCE SUCRE		Dirección Domicilio AV DEL RIO CL 24 268-38
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		Correo Electrónico NELSON92032465@GMAIL.COM
No. Celular 3218254378		Teléfono 0		Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐
Actividad Principal CIU 8 2 1 1		Descripción del CIU ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA		Detalle Actividad Económica
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 HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo FACTURACION
Dirección de empresa o negocio CRA 14 N° 23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		No. Teléfono 4346262		SI ☐ NO ☒
3. INFORMACIÓN FINANCIERA				
Total Ingresos Mensuales: 2.100.000		Total Egresos mensuales: 2.100.000		
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales		
Total Activos		Total Pasivos		
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año		Es declarante? SI ☐ NO ☒		
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?				
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?				
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:				
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 efectúe 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 de carácter personal y/o financiera ante 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 por 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				
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				