

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FNC-4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad SANTA MARTA		Oficina SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA		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.J. ☐ R.C. ☐ P.P.		Número 92.032.465		Expedite en SINCE SUCRE
Estado Civil (Selección) ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorcedo ☐ U. libre ☐ Viudo		Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad		Fecha de Expedición 5/4/1998
No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda ☒ Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar		Zona Ubicación ☐ Rural ☒ Urbano
Fecha nacimiento 19 03 1973		Lugar de Nacimiento COLOMBIA		Dirección Domicilio AV RIO CALLE 24 KR 26B-38 APTO 201
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		Correo Electrónico NEISON92032465@GMAIL.COM
No. Celular 3218254378		Telefono		Ocupación (Selección) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado
Actividad Principal CIU 7421 2011 9 27		Descripción del CIU		Actividad Principal CIU
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. ☐		C.C. ☐ P.P. ☐		C.C. ☐ P.P. ☐
2. DATOS LABORALES				
Nombre de la Empresa o Negocio ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRONECHE		Tipo de Empresa o Negocio ☐ Pública ☒ X ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo CAMILLERO
Dirección de empresa o negocio CRA 14		Ciudad		Barrio SI ☐ NO ☐
No. Teléfono		No. Teléfono		No. Teléfono
3. INFORMACIÓN FINANCIERA				
Total Ingresos Mensuales \$16.500.000		Total Egresos mensuales \$16.500.000		Otros Egresos Mensuales
Total Activos		Total Pasivos		Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 12 Año 2024		Es declarante?		SI ☐ 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:				
SI SERVICIOS PROFESIONALES				
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES				
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificación y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLÍNICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propios los depósitos que a miya cuenta y/o en sus 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 Barroneche a o a quien represente sus derechos o ostente en el futuro la calidad de Acreditador por la 1) Verificar la información suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente; 2) Reportar, actualizar, consultar, procesar, cumplir, intercambiar, suministrar, generar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador; Centin de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercados, actualización o verificación de información de conformidad con lo preceptuado en la ley de bases de datos 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 consignará 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 Barroneche; 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, modificar, eliminar la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barroneche que no utilice o revele 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 Barroneche 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. Si No obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o reportes 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 conciencia firmo (amos):				
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento				