HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO															Sexo			
															M	X	F	
Tipo de Documento									Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	12547230			SANTA MARTA(MAGDALENA)			1/12/1977			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
X								X			2	X				X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento			
2	4	1958	CIENAGA(MAGDALENA)			MZ 21 CASA 9 URBANIZACION LUZ DEL MUNDO						SANTA MARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono			
FABIANGONZALEZCASTRO@GMAIL.COM												3127841853						
Ocupación (Seleccione)															Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado							8	6	9	2
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU						
ACTIVIDA												A U X E N F E R M E R I A						

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		
E S E H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio		No. Teléfono				
CARRERA 14 Nº 23-42	SANTA MARTA		LOS ALCAZARES		4346262				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 2,100,000			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 12	Año 2025	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 politicamente expuesta PEP?								
NO								
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:								
HONORARIOS								

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: HONORARIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR OPS _____ 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