 <small>HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRONECHE</small>	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	<small>CODIGO: FINC4F</small> <small>VERSION: 002</small> <small>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021</small>
--	--	--

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	TALENTO HUMANO	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos EMERFSON RAFALE MONTERO PAREJO												Sexo ☐ M ☒ X ☐ F																	
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																	
C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	R.C.	☐	PP	☐	19601553				SANTA MARTA															
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo				Tipo de Vivienda																	
Soltero	☐	Casado	☒	Divorciado	☐	U. libre	☐	Viudo	☐	Primaria	☐	Bachiller	☐	Técnico	☒	Universidad	☐	2	Propia	☐	Arrendada	☐	Familia	☒	Rural	☐	Urbano	☒	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento													
				SANTA MARTA				CALLE 13N 11-160 GAIRA				SANTA MARTA				MAGDALENA													
Correo Electrónico												No. Celular				Teléfono													
emerfsonmontero1980@outlook.com												3016079829				0													
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante	☐	Independiente	☒	Empleado	☐	Hogar	☐	Jubilado	☐					8				6				9				2			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																	
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO												ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO																	

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															
HJMB				Publica	☒	Privada	☐	Mixta	☐	Otra, cual?	☐	ASCENSORISTA											
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio				No. Teléfono											
CARRERA 14 N 23-42				SANTA MARTA				ALCAZARES				4348262											
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO				X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 1.500.000						Total Egresos mensuales \$ 1500.000																	
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales																	
Total Activos						Total Pasivos																	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 12 Año 2022						Es declarante?						SI				NO				X			

Es servidor Público? Si es servidor público declara si maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

NO MANEJO RECURSOS PUBLICO NI OSTENTO DE PODER PUBLICO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

DECLARO QUE NO SOY UNA PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

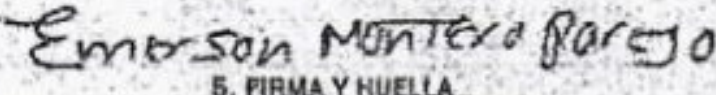
DECLARO QUE EL ORIGEN DE MIS INGRESOS SON DE MI TRABAJO COMO INDEPENDIENTE

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 Barroneche 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 Barroneche, 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barroneche 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 Barroneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales pueda acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los

 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):

