

	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINGAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santamarta Magdalena	HUSMB	7. julio 2017

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE													
Nombres y Apellidos Bladis Barrios Gómez								Sexo M ☒ F ☐					
Tipo de Documento				Número	Expedido en		Fecha de Expedición						
C.C.	C.E.	T.J.	R.C.	PP	57-446223	Fundación Magdalena	6 junio 1989						
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo		No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda					
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Secundaria	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento			
15/12/1988		Fundación		Calle 30 tra 9 APTO 202				Santamarta Magdalena					
Correo Electrónico				No. Celular				Teléfono					
Valentinameza021099@hotmail.com				3023104786				3023067039					
Ocupación (Seleccione)				Actividad Principal CIU									
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	8				6	9	2		
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIU				Puedado e salud Hemera					

2.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD		
Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	C.C.	P.P.

2.2 DATOS LABORALES			
Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
Hospital U. Julio Méndez B.		Pública ☒ Priv. ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Auxiliar de enfermería
Dirección de empresa o negocio		Ciudad	Barrío
Calle 23 tra 14 23-42		Santamarta	Alcazorez
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI	NO
☐		☐	☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA			
Total Ingresos Mensuales	1.600.000.	Total Egresos mensuales	1.600.000.
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/o 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:			
M. trabajo			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES	
<p>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:</p> <p>terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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.</p> <p>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, eliminar, 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 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 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.</p> <p>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</p>	

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):