

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F											
		VERSION: 002											
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021											

Ciudad				Oficina				Fecha Vinculación			

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: John Carlos Ramírez Ruiz												Sexo											
												M	x	F									
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición									
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1235538422				Santa Marta				12/04/2017					
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	0			x				x						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento								
12			3			1999			Santa Marta			Barrio el Pando - Manzana 95 casa 14						Santa Marta			Magdalena		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono								
johnruiz99.jr@gmail.com												3017436612											
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU											
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	2	1								
Detalle Actividad Económica: Médico General									Descripción del CIU: Actividades de la práctica médica, sin internacion														

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									
			Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?									
Dirección de empresa o negocio									Ciudad			Barrio			No. Teléfono			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI			NO		x	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 5'324,389						Total Egresos mensules: 2'500,000									
Otros Ingresos Mensules						Otros Egresos Mensuales									
Total Activos: 63'324,389						Total Pasivos: 30'000,000									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes: 12		Año: 2022		Es declarante?				SI	X	NO	
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 políticamente expuesta PEP?															
NO															
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: Empleo o profesión															

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: _____ Empleo o Profesion _____ 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

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):

John Carlos Ramírez Ruiz

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento