

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	----------------	--------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos FELIPE ALFREDO BARLIZA LLANES										Sexo M ☐ X ☒ F ☐		
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 1,082,898,684				Expedida en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 12/07/2007		
Estado Civil (Selección) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒ Rural ☐ Urbano ☐		
Fecha nacimiento 13 / 4 / 1989		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio MANZANA H1 CASA 23 CONCEPCION 3				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		
Correo Electrónico BARLIZALLANESFELIPE@GMAIL.COM								No. Celular 3107165132		Teléfono		
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ X ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU		
Descripción del CIU												

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐	Número
--	---	---------------

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ X ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo MEDICO GENERAL		
Dirección de empresa o negocio Cra. 14 #23-42, Comuna 4				Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES	No. Teléfono 4365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒ X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 3.100.000				Total Egresos mensuales 3.000.000			
Otros Ingresos Mensuales NO				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos:				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes	Año	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 políticamente expuesta PEP? NO							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: POR LA PRESTACION DE MIS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL							

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: SERVICIOS 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 consignarán 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 Méndez 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.



