

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
_____	_____	_____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo ☐ M ☐ F ☐ X	
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C. ☒	C.E. ☐	T.I. ☐	R.C. ☐	PP. ☐	1140874460	BARRANQUILLA			16/01/13		
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero ☐	Casado ☐	Divorciado ☐	U. libre ☐	Viudo ☐	Primaria ☐	Bachiller ☐	Técnico ☐	Universidad ☒	1	Propia ☐	Arrendada ☐
Fecha nacimiento					Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
8 / 12 / 1994					PEDRAZA			CALLE 9D #61-39 INT 2		SANTA MARTA	
Correo Electrónico					No. Celular			Telefono			
JULIIDE LAHOZ@GMAIL.COM					3117407789			3117407789			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU	
Estudiante ☐	Independiente ☐	X Empleado ☒	Hogar ☐	Jubilado ☐				8692			
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU	

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		
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica ☒	Privada ☐	Mixta ☐	Otra, cual?		
Dirección de empresa o negocio				Barrio		No. Teléfono
CIA 14 No 2342				SANTA MARTA		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

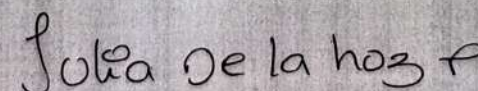
Total Ingresos Mensuales \$ 2,300,000	Total egresos mensuales \$ 2.000.000
Otros Ingresos Mensuales \$ 0	Otros Egresos Mensuales \$ 0
Total Activos 30.000.000	Total Pasivos 15,00,00
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 15 Año julio 2025	Es declarante? ☐ SI ☒ NO
Es servidor 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: de mi trabajo	

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 efectúare 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 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 consignen 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 a cualquier solicitud requerida.

	
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
