HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHADE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	03/07/2018

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos EDWIN JAVIER HERNANDEZ APREZA														Sexo			
														M	X	F	
Tipo de Documento									Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		TJ		R.C		PP	85469615			SANTAMARTA		22 DE DICIEMBRE DE 1992			
Estado Civil (Seleccione)						Niveleducativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urbano		
	X							X		2			X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento			
17	2	1974	SANTAMARTA			DIAG 33AN9C-32 URB ALEJANDRINA					SANTAMARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono			
edwinj.hernandez_17@hotmail.com											3046126648						
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8	2	9	9
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU								
OTRAS ACTIVIDADES DESERVICIOS DE APOYO ALAS EMPRESAS N.C.P									ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIALES								

1.1 USO EXCLUSIVO ENEL CASO DEMENORES 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	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUX ADMINISTRATIVO CALL CENTER
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio				No. Teléfono
CRA 14 N 23-42	SANTAMARTA			LOS ALCAZARES				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 2.700.000	Total Egresos mensules	$ 2.000.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	$ 2.700.000	Total Pasivos	$ 2.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministr	Mes 06 / Año 2026	Es declarante?	SI / NO X

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

NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS NI GOZO DE RECONOCIMIENTO PUBLICO

¿Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO SOY 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 FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/ofondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS 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 Univer sitario 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. Hospit al 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 paraconocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos



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