

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina
-----------------------	---------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ALBERTO MARIO DIAZ MATERA										Sexo ☐ M ☒ X ☐ F		
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐				Número 1004348992		Expedida en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 10/04/2019				
Estado Civil (Seleccione) ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo				Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad		No. Personas a cargo ☐		Tipo de Vivienda ☐ Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar		Zona Ubicación ☐ Rural ☒ Urbano		
Fecha nacimiento 9 / 4 / 2001		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio CALLE 45 A # 29C-22 CASA 59 VILLAS DE ANDALUCIA				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		
Correo Electrónico BETOAMTERAZZ@GMAIL.COM						No. Celular 3165097155		Teléfono				
Ocupación (Seleccione) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado						Actividad Principal CIU 8 / 6 / 2 / 1						
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MÉDICA						

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 MÉNDEZ BARRENECHE	Tipo de Empresa o Negocio ☒ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Cargo MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio CRA 14 #23-42	Ciudad SANTA MARTA	Barrio ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		No. Teléfono 4346262
Si ☐ NO ☒		Si ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

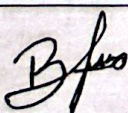
Total Ingresos Mensuales 5,000,000	Total Egresos mensuales 2,000,000
Otros Ingresos Mensuales 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 06 Año 2026	Es declarante? ☒ SI ☐ NO
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? 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: SERVICIOS PROFESIONALES	

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 PROFESIONALES, 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 efectuar 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 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.

	
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	