

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina HOSPITALIZACION - URGENCIAS
------------------------------	---

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DANNY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO										Sexo M ☐ X ☒ F ☐			
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐					Número 1082960877			Expedida en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 11 DE ENERO DEL 2011			
Estado Civil (Seleccíone) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐					Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒			No. Personas a cargo 0		Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 9 / 1 / 1993		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio Calle 23 Nro. 16-02				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico d.d.r.c_09@hotmail.com								No. Celular 3232872700		Teléfono 3232872700			
Ocupación (Seleccíone) Estudiante ☐ Independiente ☒ X ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU 8 / 6 / 2 / 1			
Detalle Actividad Económica MEDICO GENERAL										Descripción del CIU actividades de la práctica médica, sin internación			

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 JULIO MENDEZ BARRENECHE	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?			Cargo MEDICO GENERAL					
Dirección de empresa o negocio				Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES		No. Teléfono 4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$4,000,000		Total Egresos mensuales \$2,000,000	
Otros Ingresos Mensuales 0		Otros Egresos Mensuales 0	
Total Activos \$4,000,000		Total Pasivos \$2,000,000	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año		Es declarante? SI ☐ NO ☒	
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			
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: 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: INGRESOS PROPIOS POR CONTRATO DE PRESTACION DE 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 efectúe 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 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 registrados y presentar 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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento