

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

Ciudad Santa Marta	Oficina SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fecha Vinculación 2/11/2020
------------------------------	--	---------------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos : JUAN FELIPE SEPULVEDA MANJARRES										Sexo M ☒ X ☐ F ☐			
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 1,235,539,263				Expedida en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 8/24/2017			
Estado Civil (Selección) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Unversidad ☒				No. Personas a cargo 0		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 10 / 8 / 1999		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Lugar de domicilio CALLE 21A #17A-47				Municipio / Ciudad Santa Marta		Departamento Magdalena			
Correo Electrónico jsepulveda92@gmail.com								No. Celular 3114299492		Teléfono 4352148			
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ X Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐								Actividad Principal CIU 8621					
Detalle Actividad Económica Actividades de la práctica médica, sin internación								Desarrollo del CIU					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombre 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 médico general
Dirección de empresa o negocio CRA 14 No 23-42 ALCAZARES		Ciudad SANTA MARTA	Barrio ALCAZARES	No. Teléfono 4348282
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 0	Total Egresos mensuales 0
Otros Ingresos Mensuales 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 0	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada febrero / Año 2020	¿Es servidor público? 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: : MI PRESTACION DE SERVICIOS	

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: mi prestación 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 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 ostento 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
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):	
JUAN FELIPE SEPULVEDA MANJARRES  Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	