

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Yonis Alfonso Charris Bonett														Sexo							
														M	x	F					
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	x	C.E.		T.I.		R.C.		PP		5078011				Remolino				26/01/1982			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda				Zona Ubicación					
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico		Universidad			Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
				x								x		3		x			x		
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento					
9	11	1964				Remolino		Manzana D casa 5				Santa Marta				Magdalena					
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono			
yacharris@gmail.com														3007268938							
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU							
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado							7490	2005	10	14			
Detalle Actividad Económica														Descripción del CIU							
Actividades de consultoría informática y actividades de administración de instalaciones informáticas														Actividades de consultoría informática y actividades de administración de instalaciones informáticas							

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					
				Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?			
Dirección de empresa o negocio								Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 6.180.000				Total Egresos mensuales 6.180.000					
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes Mo	Año 2026	Es declarante?		SI		NO	x
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?									
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?									
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:									

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:

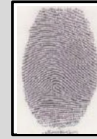
Prestacion de Servicios Profesionales y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales 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 Universitario 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 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.



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