



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FNC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad

Oficina

Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Brayan David Torre Diaz

Sexo

M x F

Tipo de Documento

Número

Expedida en

Fecha de Expedición

C.C.

x

C.E.

T.I.

R.C.

PP

1.122.413.768

san Juan del Cesar la Guajira

19/11/2014

Estado Civil (Selecione)

Nivel educativo

No. Personas a cargo

Tipo de Vivienda

Zona Ubicación

Soltero

Casado

Divorclado

U. libre

Viudo

Primaria

Bachiller

Técnico

Universidad

No. Personas a cargo

Propia

Arrendada

Familia

Rural

Urbano

x

x

x

Fecha nacimiento

Lugar de Nacimiento

Dirección Domicilio

Municipio / Ciudad

Departamento

30

7

1996

Riohacha

carrera 12a N° 33-47

Riohacha

La Guajira

Correo Electrónico

No. Celular

Teléfono

bravand15@gmail.com

3003378571

Ocupación (Selecione)

Actividad Principal CIU

Estudiante

x

Independiente

Empleado

Hogar

Jubilado

Detalle Actividad Económica

Descripción del CIU

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales

Total Egresos mensuales

Otros Ingresos Mensuales

Otros Egresos Mensuales

Total Activos

Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes

Año

Es declarante?

SI

NO

Es servidor Público? 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:

Y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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 haberes data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejarán 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 derivadas de la ley de Haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio

Brayan Torres

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