

	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 : WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN												Sexo											
												M	X	F									
Tipo de Documento						Número						Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		1.193.225.381						SANTA MARTA				31/05/2018			
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				1				X		X						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			DIRECCION / DOMICILIO						Municipio / Ciudad				Departamento							
29			4			2000			SANTA MARTA			Calle 11 e # 34-20 GALICIA						SANTA MARTA				MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono							
Wredondo8@gmail.com												3108408581				3108408581							
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU											
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8	2	1	1						
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU											
APOYO ADMINISTRATIVO CONTRATACION												Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina											

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			
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	APOYO ADMINISTRATIVO
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
Cra. 14 #23-42	SANTA MARTA				ALCAZARES		(605) 4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO
								X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.400.000	Total Egresos mensuales	1.900.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	2.400.000	Total Pasivos	1.900.000
Mes y año de corte de la Información financiera suministrada	Mes DICIEMBRE	Año	2024
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?		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:		HONORARIOS	

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: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS 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 consignan 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 Mendez 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

W. H. Redondo P.

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

