

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
Jesús David Montero Pérez		M ☒ F ☐	
Tipo de Documento		Número	
		1083019224	
Expedida en		Fecha de Expedición	
Santa Marta		26 Nov. 2019	
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒	
No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
0		Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐ Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento	
01/11/1990		Santa Marta	
Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
Condominio Sierra Verde		Santa Marta	
Departamento		No. Celular	
Magdalena		3123080512	
Correo Electrónico		Actividad Principal CIU	
Orjesimontero@gmail.com			
Ocupación (Selección)		Descripción del CIU	
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐			
Detalle Actividad Económica			

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
Hospital Julio Méndez	Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	Médec
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	8.000.000	Total Egresos mensuales	4.000.000
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 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: NO			

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 ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare 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 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 derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A.

	
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	