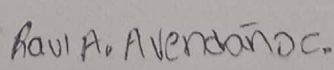


		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FING4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
SANTA MARTA					
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO					Sexo M ☐ X ☒ F ☐
Tipo de Documento		Número		Expedida en	
C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐	1004425123		SANTA MARTA		
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo		Tipo de Vivienda	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐	Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad ☐		Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒		Zona Ubicación
				Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio	
5 / 5 / 2003		SANTA MARTA		URBANIZACION ALTOS DE BAHIA CONCHA MZ 7 CASA 6	
Correo Electrónico		No. Celular		Departamento	
raulavendanocastro@gmail.com		312-703-88-73		MAGDALENA	
Ocupación (Seleccione)		Actividad Principal CIU			
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐					
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIU			
ASCENSORISTA					
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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐			
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio	
CARRERA 14 # 23 - 42		SANTA MARTA		ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales		1,525,000		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales				1,900,000	
Total Activos				Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes 12 Año 2022		Es declarante?	
				SI ☐ NO ☒	
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 politicamente 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:					
<p>efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúen transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>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 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 consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.</p> <p>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 sonidos requeridos anualmente</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					