

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FNC4F
			VERSION: 002
			FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta	Hospital julio mendez barreneche	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																	
Nombres y Apellido: FARID JOSE CABALLERO TORRES												Sexo					
												M	X	F			
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1.083.004.408				plato magdalena				27/06/1998			
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 Familiar		Rural Urbano			
X						X						X		X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento			
25 07 1998			Santa Marta			CALLE 17 manzana 26 casa 17 URB PARQUE				SANTA MARTA				MAGDALENA			
FARIDCABALLERO21@GMAIL.COM												No. Celular			Telefono		
												3003761054			4635241		
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIUI					
Estudiante Independiente x Empleado Hogar Jubilado												8692					
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIUI					
												Actividades de apoyo terapéutico					

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			
E.S.E. HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Pública x Privada Mixta Otra, cual?	AUX DE ENFERMERIA						
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono					
CRA 14 No 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI	NO	X		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$ 1.000.000	Total Egresos mensuales	\$ 1.000.000
Otros Ingresos Mensuales	\$ 0	Otros Egresos Mensuales	\$ 0
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 03 Año 2025	Es declarante?	SI NO X
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u 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: mi prestación de servicios			

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: mi prestación de servicios y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 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 cumplimiento 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 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 documentos o soportes requeridos anualmente.

	
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