

 HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
---	--	---

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Marcos Aoxpio Morales Paez										Sexo M ☐ X ☒ F ☐																	
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición																		
C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	R.C.	☐	PP	☐	85457398	Santa Marta	12-11-1988															
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	☐
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento															
25 10 1988			Santa Marta			CVA 24 # 11-36			Santa Marta			Magdalena															
Correo Electrónico									No. Celular		Telefono																
MARCOSPAEZ@HOTMAIL.COM									3157375080																		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU																	
Estudiante	☐	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					
HMB		Publica	☒	Privada	☐	Mixta	☐	Otra, cual?	Campeño		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono			
CVA				Santa Marta		Alexandres					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI	☐	NO	☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		1800.000		Total Egresos mensuales		1800.00			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

MI EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

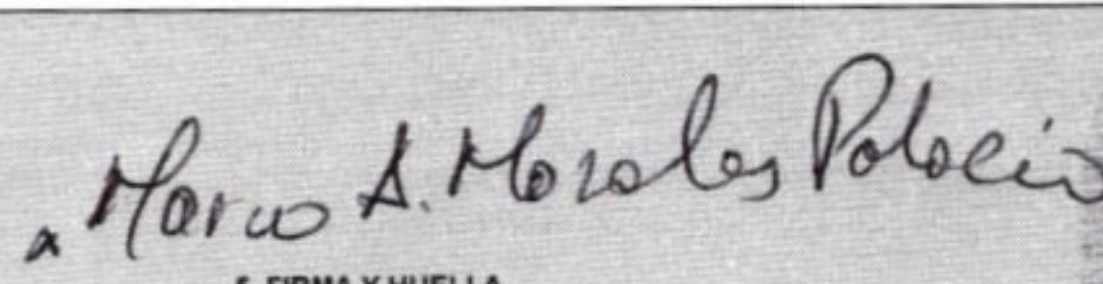
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ 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 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 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 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 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 soportes requeridos anualmente.

5. FIRMA Y HUELLO



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