

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO FINCAR
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARCOS AURELIO MORALES PALACIO										Sexo M ☒ X ☐ F ☐																			
Tipo de Documento C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐					Número 85457398					Expedida en SANTA MARTA					Fecha de Expedición 12-may-88														
Estado Civil (Selecione) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐										Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad ☐					No. Personas a cargo 3					Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒					Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒				
Fecha nacimiento 25 10 1968					Lugar de Nacimiento SANTA MARTA					Dirección Domicilio Calle 8 # 12*-13 pradio					Municipio / Ciudad SANTA MARTA					Departamento MAGDALENA									
Correo Electrónico maratilla@outlook.com										No. Celular 3157375080					Telefono														
Ocupación (Selecione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ X ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU 8 6 1 0																			
Detalle Actividad Económica AUXILIAR DE TRASLADO										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. ☐					C.C. ☐ P.P. ☐					C.C. ☐ P.P. ☐				

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE					Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ X ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐					Cargo									
Dirección de empresa o negocio CRA 14 # 23 - 42					Ciudad SANTA MARTA					Barrio ALCANZARES					No. Teléfono				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI ☐ NO ☒ X									

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2,100,000					Total Egresos mensuales 2,000,000				
Otros Ingresos Mensuales					Otros Egresos Mensuales				
Total Activos					Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 10 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 EMPLEO									

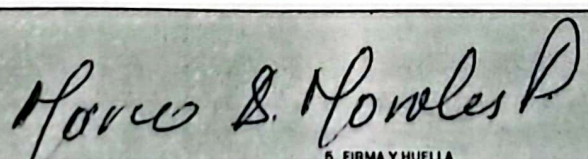
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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:

terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar 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 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 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 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 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):