

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
GLORIA MARIA CASTRO FIOREL		☐ M ☒ F	
Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
CC ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PP ☐	63491302	BARRANCAJERMEJA	19-03-1991
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo	
☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo		☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad	
No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
		☐ Propia ☐ Arrendada ☐ Familia	
Zona Ubicación		Municipio / Ciudad	
☐ Rural ☐ Urbano		SANTA MARTA	
Departamento		MAGDALENA	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento	
12 01 1998		B/JERMEJA	
Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
CRA 62 N. 30-110 VILLA ITALIA		SANTA MARTA	
Correo Electrónico		No. Celular	
gloriamariacastro78@gmail.com		3167787928	
Ocupación (Seleccione)		Actividad Principal CIIU	
☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado		8 6 1 0	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIIU	
ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS		ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION	

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
HJM	☒ Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
CRA 14 N. 23-4	SANTA MARTA	AICAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI ☐ NO ☒	No. Teléfono
		4346 262

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	4.485.000	Total Egresos mensuales	4.485.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes	12	Año	2024
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?	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
HONORARIOS MEDICOS			

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 propios, los depósitos que a mí(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 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

	
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	