

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANATA MARTA	ENFERMERIA	7/10/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ												Sexo							
												M	F	X					
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		1082987902	SANTA MARTA				29/08/2012				
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo				Tipo de Vivienda				Zona Ubicación			
Soltero				Primaria				Propia				Propia				Rural			
Casado				Bachiller				Arrendada				Familiar				Urbano			
Divorciado				Técnico				2				X							
U. libre				Universidad															
Viudo																			
X																			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento			
1994				SANTA MARTA				kra 33c # 6A -115 ALTOS DELICIA				SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono			
yudislperezdlh@gmail.com												1082987902				0			
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU							
Estudiante												8				6			
Independiente												9				2			
Empleado												X							
Hogar																			
Jubilado																			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU							
AUXILIAR DE ENFERMERA												AUXILIAR DE ENFERMERA							

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	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	ENFERMERA		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono
apt 304 Torres5 reserva de curinca poblado				SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000	Total Egresos mensuales 1.800.000
Otros Ingresos Mensuales 1.800.000	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 5.400.000	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 06 Año 2024	Es declarante? SI NO X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	
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:	

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: ENFERMERA_ 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 efectúare 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 consignen 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

	
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	