

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACIÓN	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombres y Apellidos Ana maria lopez martinez		Sexo M ☐ F ☐ X ☒
Tipo de Documento C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1082876487
Expedida en Santa marta		Fecha de Expedición 23/11/2020
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐
No. Personas a cargo 0		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒
Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒		
Fecha nacimiento 23 11 2022		Lugar de Nacimiento Santa marta
Dirección Domicilio CII 32 # 70-22 11 de noviembre		Municipio / Ciudad Santa marta
Departamento Magdalena		
Correo Electrónico anamarialopezmartinez61@gmail.com		No. Celular 3215565148
Telefono		
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU X 8 6 1 0
Detalle Actividad Económica Auxiliar Enfermería		Descripción del CIU Actividades de hospitales y clínicas, con internación
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD		
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐
Número		
2. DATOS LABORALES		
Nombre de la Empresa o Negocio E.S.E HOSPITAL UNIVER JULIO MENDEZ B		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐
Carga		
Dirección de empresa o negocio CARRERA 15 No 23-42		Ciudad SANTA MARTA
Barrio LIS ALCÁZARES		No. Teléfono 4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☐
3. INFORMACIÓN FINANCIERA		
Total Ingresos Mensuales \$ 1.800.000		Total Egresos mensuales \$ 1.500.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales
Total Activos \$		Total Pasivos \$
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año		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? NO		
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO		
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: HONORARIOS		
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: HONORARIOS y no acepto como propias, 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 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 consignan 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		
Ana Lopez		
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):		