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	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	JACQUELINE POSADA MONROY												Sexo			
													M		F	X
Tipo de Documento							Número				Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C	X	C.E	T.I	R.C		PP	36666278				SANTA MARTA		31/10/1994			
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	Familia	Rural	Urbano
X									X		1	X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
8	7	1975	BOGOTA				CALLE 47A N. 31-48 CONJUTNO RESIDENCIAL VENECIA					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono	
jacquelineposada@hotmail.com												3024118324			3,024E+09	
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				7	4	9	0	
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU				
Apoyo administrativo en facturacion, admision y autorizacion cirugia												Otras actividades profesionales, cientificas y tecnicas n.c.p.				

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
	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	apoyo administrativo facturacion
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio		No. Teléfono			
Carrera 14 No 23.42	SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X				

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $2.100.000	Total Egresos mensules $1.200.000
Otros Ingresos Mensules $0	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera sum: Mes Diciembre — Año 2024	Es declarante? SI: — NO: X
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: SALARIO COMO CONTRATISTA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	

4. AUTORIZACION 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 efectuare 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.



5. FIRMA Y HUELLA cc 36616178

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento