	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 15/06/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ										Sexo			
										M	F	X	
Tipo de Documento					Número		Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	36504711		SANTA MARTA - MAGDALENA		26 DE JUNIO DEL 1987			
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorcedado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2		Propia	Arrendada	
			X				X				X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
13			9		1987		SANTA MARTA MAGDALENA		CARRERA 12 #39 - 15 MARIA EUGENIA		SANTA MARTA MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular		Teléfono	
ROCHISA2011@HOTMAIL.COM										3014808739			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU			
Estudiante	Independiente	Empleado	X	Hogar	Jubilado								
Detalle Actividad Económica										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				

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio						Cargo				
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	AUX DE ENFERMERIA				
Dirección de empresa o negocio		Ciudad						Barrio		No. Teléfono		
CARRERA 14 # 23 - 42		SANTA MARTA - MAGDALENA						ALCAZARES		4356007		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI	X	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

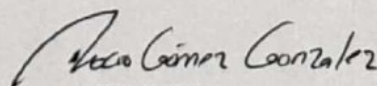
Total Ingresos Mensuales		1,800,000		Total Egresos mensuales		1,500,000	
Otros Ingresos Mensuales		0		Otros Egresos Mensuales		0	
Total Activos		0		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes		Año		Ea declarante?	
						SI NO X	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?							
Declaro que soy persona politicamente 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: Aux de enfermería 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes 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 consignará 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

	
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	