

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO: FVCAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad Santa Marta	Oficina subgerencia científica	Fecha Vinculación 03/02/2025
-----------------------	-----------------------------------	---------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : Sandy Patricia Brache Guerrero										Sexo ☐ M ☐ F ☒ X			
Tipo de Documento C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐			Número 1 050 920 854			Expedida en Similit Bolívar		Fecha de Expedición 23 Julio 2009					
Estado Civil (Selecione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐				Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐				3		Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒		Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 2 Julio 1991			Lugar de Nacimiento Similit Bolívar		Dirección Mz P case) Etapa I Rosalia				Municipio / Ciudad Santa Marta		Departamento Magdalena		
Correo Electrónico BRACHEGUERREROSANDYPATRICIA@GMAIL.COM								No. Celular 3218343086		Teléfono			
Ocupación (Selecione)										Actividad Principal CIU			
Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										8 6 9 2			
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU			
										Actividad de apoyo terapéutico			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombre y Apellidos del Representante Legal				Tipo de Documento				Número			
				C.C. ☐ ☐ ☐ P.P. ☐							

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cuál?				Cargo	
Dirección de empresa o negocio Carrera 14 # 23-42		Ciudad Santa Marta		Barrio alcazares		No. Teléfono 4385007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 0		Total Egresos mensuales 0	
Otros Ingresos Mensuales 0		Otros Egresos Mensuales 0	
Total Activos 0		Total Pasivos 0	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 01 Año 2025		Es declarante? SI ☐ NO ☒	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: INGRESOS SALARIALES			

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:
 PRESTACION DE SERVICIOS y no acepto como propias, los depósitos que 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 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 comportamiento de mis obligaciones.
 Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo solicitan, 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

 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)	