

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																													
Nombres y Apellidos JOHANA PAOLA ALVAREZ GUTIERREZ												Sexo																	
												M		F	X														
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición																	
C.C.	X	C.E.		T.I		R.C		PP		1,083,037,347			SANTA MARTA			8/23/2016													
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		Familiar		Rural		Urbano			
X																X		0						X		X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento									
9				8				1998				SANTA MARTA				CALLE 17#9-05 GAIRA								SANTA MARTA				MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
jahanaalvarez9@gmail.com												3217077452				3217077452													
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado				8692									
												Descripción del CIU																	
												actividades de apoyo terapeutico																	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD														
Nombres y Apellidos del Representante Legal								Tipo de Documento				Número		
								C.C.						

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				
CRA 14 #13-42								SANTA MARTA											
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA																									
Total Ingresos Mensuales						230000						Total Egresos mensules						1800000							
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			Es declarante?						SI				NO		x	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o 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:																									

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES														
<p>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: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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.</p> <p>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.</p> <p>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 Mendez 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 documentos o soportes requeridos anualmente.</p>														

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														

#####