

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	03/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos STEPHANIE MILAGROS FUENTES MEDRANO										Sexo					
										M	F	X			
Tipo de Documento					Número					Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1,082,935,855					
										SANTA MARTA		7/24/2009			
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	2				X		x
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad		Departamento		
30 / 4 / 1991			SANTA MARTA			CARRERA 23, NUMERO 12-26, BARRIO LOS OLIVOS					SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono			
tefyfuentes40@gmail.com										3023760991		6054235896			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8621	2016	7	1		
										Descripción del CIU					
										Actividades de la práctica médica, sin internación.					

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	
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	PROFESIONAL
Dirección de empresa o negocio	Ciudad					Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14, NUMERO 23-42	SANTA MARTA					ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO
							X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$5000000	Total Egresos mensuales \$2000000					
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales					
Total Activos: 40000000	Total Pasivos : 38000000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI	X	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 políticamente expuesta PEP?						
NO						
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:						
SI						
SERVICIOS PROFESIONALES						

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: 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 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 consignarán 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 documentos o soportes requeridos anualmente.

	
Stephanie Fuentes M. 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	