

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 12/03/2025

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : Angelica Mariam Villalobos Quintero														Sexo							
														M	F	x					
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	x	C.E.		T.I		R.C		PP		1.004.355.814				Santa Marta				8/5/2025			
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						x		x					
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Municipio / Ciudad						Departamento							
15				3				2025				Santa Marta				Magdalena					
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono						
angelicaquintero1502@gmail.com												3013392516									
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU							
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado						8	6	2	1				
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU													
Médico								ACTIVIDADES DE PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION													

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		Privada		Mixta		Otra, cual?							
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio			No. Teléfono		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI		NO	x				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

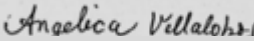
Total Ingresos Mensuales 0						Total Egresos mensules 0							
Otros Ingresos Mensuales 0						Otros Egresos Mensuales 0							
Total Activos 0						Total Pasivos 0							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes	Año	Es declarante?				SI		NO	x
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún 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:													
prestacion de servicios generales													

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 generales 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 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 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 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 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 artes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

		
5. FIRMA Y HUELLA		
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz v habiendo leído v comprendido v aceptado lo anterior. en constancia firmo (amos):		
<div></div>		
Nombre v Firma Oficial de cumplimiento		