

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	U.F HOSPITALIZACION Y CUIDADOS CRITICOS	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LUZ ADRIANA CASTRO JIMENEZ										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1140887287			BARRANQUILLA			
Estado Civil (Selección)			Nivel educativo			No. Personas a cargo			Tipo de Vivienda			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familia	
X								X	0		X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			
13	7	1996	BARRANQUILLA			Cra 4C#17F-36 Barranquilla - Atlántico			BARRANQUILLA			
Correo Electrónico			No. Celular			Telefono						
LUZCASTROJIMENEZ@HUJMB.COM			3232521935			0						
Ocupación (Selección)			Actividad Principal CIU									
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado					8	6	2	
Detalle Actividad Económica			Descripción del CIU									
Actividades de la práctica médica, sin internación			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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada	Mixta
				Otra, cual?
				MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio
Cra. 14 #23-42, Comuna 4, Santa Marta	SANTA MARTA			ALCAZAREZ
				No. Teléfono
				4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				
SI NO X				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

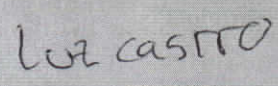
Total Ingresos Mensuales \$ 0	Total Egresos mensuales \$ 0
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos \$ 0	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes 01 Año 2024	Es declarante?
	SI NO X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	
Declaro que soy persona políticamente 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: _____ 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 efectúe 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 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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.

 	
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	