

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos :MAYTHE FERNANDA DE LA CRUZ SUÁREZ												Sexo									
												M	F	X							
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición									
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		1,083,043,296				SANTA MARTA				3/8/2017			
Estado Civil (Selecclone)						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									
25				2				1999				SANTA MARTA				MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono					
MAITHEDELA CRUZ25@GMAIL.COM												302-273-9306									
Ocupación (Selecclone)												Actividad Principal CIU									
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado													
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU													
MÉDICO																					

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

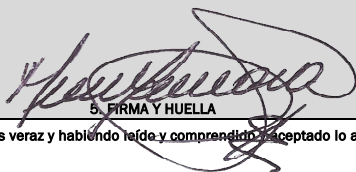
Total Ingresos Mensuales \$5.000.000				Total Egresos mensuales \$1.500.000					
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos \$29.000.000				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes DIC	Año 2024	Es declarante?		SI	X	NO	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?									
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?									
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: TRABAJO									

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 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 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.

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


5. FIRMA Y HUELLA



Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento