

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA				Sexo ☐ M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento		Número		Expedida en	
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP
		1221963860		CIENAGA - MAGDALENA	
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo		Fecha de Expedición	
☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo	☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad		No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda ☐ Propia ☐ Arrendada ☒ Familia
Zona Ubicación		Rural		Urbano	
☒ X					
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio	
8	10	1994	CIENAGA - MAGDALENA	CALLE 12 # 16E - 11 EDIFICIO MONARCA 903	
Municipio / Ciudad		Departamento			
SANTA MARTA		MAGDALENA			
Correo Electrónico				No. Celular	
ancaro08@hotmail.com				3182545212	
Ocupación (Seleccione)				Actividad Principal CIU	
☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado	Descripción del CIU ACTIVIDAD DE LA PRACTICA MEDICA				
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal			Tipo de Documento		
			C.C.	P.P.	Número
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
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales		\$5.000.000		Total Egresos mensuales	
				\$3.000.000	
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales	
				\$1.000.000	
Total Activos		\$5.000.000		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes 12 Año 2024		Es declarante?	
				☐ SI ☐ NO ☒ X	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?					
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:					
DE MI ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL					
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: DE MI ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros 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 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 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					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  5. FIRMA Y HUELLA </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>					
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): <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> _____ Nombre y Firma Oficial de cumplimiento </div>					