

 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
--	--	---

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos MARIA ALEJANDRA MARTINEZ MISATT										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1083030773		SANTA MARTA		1/20/2018		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo		No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo						Primaria Bachiller Técnico Universidad				Propia Arrendada Familiar		
X								1		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento	
11 1 1998			FUNDACION, MAGDALENA			MZ L CASA 14 URB. BRISAS DE TAMACA			SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico								No. Celular		Teléfono		
ALEJAMARTINEZ981@GMAIL.COM								3008184870		0		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante Independiente X Empleado Hogar Jubilado										8621		
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

Nombre 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				
ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche			Pública x Privada Mtda Otra, cual?				MEDICO GENERAL				
Dirección de empresa o negocio			Ciudad				Barrio		No. Teléfono		
CRA 14#23-42			SANTA MARTA				ALCAZARES		4346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 15,000,000				Total Egresos mensuales 12,000,000			
Otros Ingresos Mensuales N/A				Otros Egresos Mensuales N/A			
Total Activos 2,000,000				Total Pasivos 800,000			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes DIC Año 2024				Es declarante? SI NO X			
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o 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:							
POR LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO							

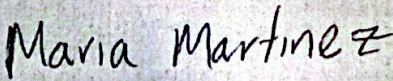
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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 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 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



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