

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANATA MARTA	ENFERMERIA	5/03/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos YURANIS TAIS DURAN OSIAS												Sexo											
												M	F	X									
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición											
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	57297333			SANTA MARTA			14/12/2001											
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo			No. Personas a cargo			Tipo de Vivienda			Zona Ubicación								
Soltero						Primaria			Propia			Arrendada			Rural								
Casado						Bachiller			4			Familia			Urbano								
Divorciado						Técnico						X											
U. libre						Unversidad																	
Viudo																							
Fecha nacimiento						Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento								
1982						5			23			SANTA MARTA			CALLE 7 KRA 14 # -83								
												SANTA MARTA			MAGDALENA								
Correo Electrónico									No. Celular			Telefono											
YURANISDURAN01@gmail.com									3008365751			4234567											
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU											
Estudiante												8			6			9			2		
Independiente																							
Empleado												X											
Hogar																							
Jubilado																							
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU											
ENFERMERA												Actividades de apoyo terapéutico											

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?	ENFERMERA		
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 3100000	Total Egresos mensuales 3100000					
Otros Ingresos Mensuales 3100000	Otros Egresos Mensuales 3100000					
Total Activos 3100000	Total Pasivos 0					
Mes y año de corte de la Información financiera suministrada	Mes 03	Año 2025	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?						
NO						
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?						
NO						
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:						
PRESTACION DE SERVICIO						

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: ENFERMERA_ 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 efectuare 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 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	