

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC 4 F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 06/12/2024

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	6/01/2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Katherine del carmen castro										Sexo																								
										M	F	X																						
Tipo de Documento					Número					Expedida en		Fecha de Expedición																						
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		57.299.357		Santa Marta		7/11/2002																				
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo					No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación																				
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		Propia		Arrendada		amilia		Rural		Urbano								
						X								x				2						x		X								
Fecha nacimiento					Lugar de Nacimiento					Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad					Departamento														
3					06					1984					SANTA MARTA					KRA 47 #23_77					SANTA MARTA					MAGDALENA				
Correo Electrónico										No. Celular					Telefono																			
SHERLEENEYAINA@HOTMAIL.COM										3005410373					0																			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU																								
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado				8299				4		18								
										Descripción del CIU																								

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?		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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 El asigando										Total Egresos mensules \$1,500,000																								
Otros Ingresos Mensuales										Otros Egresos Mensuales																								
Total Activos:										Total Pasivos																								
Mes y año de corte de la información financiera sum					Mes					Año					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: SERVICIOS PROFESIONALES																																		
SI																																		

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: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA 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 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	