

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1/02/2022

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo		
BLEIDYS BEATRIZ BARRERA VALDERRAMA										M	F	X
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E	T.I	R.C	PP	36,559,245				SANTA MARTA		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	0			
X							X					
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		
6 / 29 / 1966			SANTA MARTA			CALLE 5 No 12-35 BARRIO PESCAITO				SANTA MARTA		
Correo Electrónico						No. Celular				Telefono		
bleidisbarrera56@gmail.com						3012959520				6054302232		
Ocupación (Seleccione)						Actividad Principal CIU						
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado	7 / 0 / 1 / 0						
Descripción del CIU						ADMISIONISTAS - AUTORIZADORA DE URGENCIAS						
ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL												

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?
					ADMISIONISTAS - AUTORIZADORA URGENCIAS
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio
Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares	SANTA MARTA				ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI
					NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

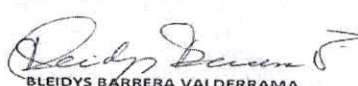
Total Ingresos Mensuales \$ 2,400,000	Total Egresos mensuales \$ 1,900,000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos: \$ 2,400,000	Total Pasivos \$ 1,900,000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 07 Año 2024
Es servidor Público? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	SI NO X
NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS NI GOZO DE RECONOCIMIENTO O GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO	
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?	
NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	
DECLARO QUE EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENE DE MI SALARIO	

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: EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS 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 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 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.

 BLEIDYS BARRERA VALDERRAMA	
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):

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2011

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	PSIQUIATRIA	9/12/2011

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										CELIA NAZARA NARVAEZ MUÑOZ										Sexo				
																				M ☐ F ☐ X ☒				
Tipo de Documento					Número					Expedida en					Fecha de Expedición									
C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐					41,762,143					BOGOTA					24/10/1977									
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 ☐ Familia ☐					Rural ☐ Urbano ☒				
Fecha nacimiento					Lugar de Nacimiento					Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad					Departamento				
28 / 7 / 1957					SANTA MARTA					CALLE 13 No 4-55 APT0 205 EDIFICIO CHAIN					SANTA MARTA					MAGDALENA				
Correo Electrónico										No. Celular										Telefono				
iricot04@hotmail.com										3126162832										4346262				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU														
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐										8 / 6 / 9 / 2														
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU														
Actividades de apoyo terapéutico										AUXILIAR DE ENFERMERIA														

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 BARRENECHA					Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐					ENFERMERO									
Dirección de empresa o negocio					Ciudad					Barrio					No. Teléfono				
KR 14 No 23-42					SANTA MARTA					LOS ALCAZARES					4346262				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI ☐ NO ☒									

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 2,100,000					Total Egresos mensuales \$ 1,800,000				
Otros Ingresos Mensuales					Otros Egresos Mensuales				
Total Activos: \$2,100,000					Total Pasivos \$ 1,800,000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 07 Año 2025					Es declarante? SI ☐ 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?									
NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS NI GOZO DE RECONOCIMIENTO PUBLICO									
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?									
NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA									
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:									
DECLARO QUE EL ORIGEN DEMIS FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS									

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: EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS 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 mercado, 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 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):		