

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

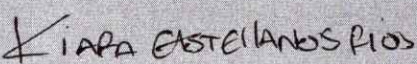
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																
Nombres y Apellidos KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS																
Tipo de Documento				Número		Expedida en		Sexo		Fecha de Expedición						
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1082925023	Santa Marta	M		F	X	17 DE DICIEMBRE DE 2018
Estado Civil (Selección)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación				
Soltero				Primaria				1		Propia		Rural				
X				Bachiller						Arrendada		Urbano				
Divorciado				Técnico						Familiar						
U. libre				Universidad												
Viudo				X												
Fecha nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento				
21				Cra 4 No 121a-137 barrio vista hermosa				SANTA MARTA				MAGDALENA				
8								No. Celular				Telefono				
1987								3005956724				4346262				
Lugar de Nacimiento				Ocupación (Selección)				Actividad Principal CIU								
Santa Marta				Estudiante				8692								
				Independiente												
				Empleado												
				Hogar												
				Jubilado												
Detalle Actividad Económica				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			
E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica x Privada Mixta Otra, cual?				ENFERMERA			
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				No. Teléfono			
CRA 14 No 23-42				SANTA MARTA				4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI				NO X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA											
Total Ingresos Mensuales				\$ 0				Total Egresos mensuales			
Otros Ingresos Mensuales				\$ 0				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				\$ 0				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes 12 Año 2023				Es declarante?			
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?				NO				SI NO X			
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: MI TRABAJO											

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES											
<p>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: MI TRABAJO 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.</p> <p>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 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 haberes 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.</p> <p>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 Haberes 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.</p>											

		
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	