	<b>FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL</b>	CODIGO FINCAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	1/06/2024

### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo		
MERIANNE JANIN DACONTE FUENTES										M	F	X
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.124.379.764		URIBIA-LA GUAJIRA		30/07/2018		
Estado Civil (Selección)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familia	
			X					X			X	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
29/07/2000		URIBIA		URBANIZACION ANDREA CAROLINA MANZ 16 CASA 5				SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico								No. Celular		Teléfono		
fuentesmervy26@gmail.com								3106045155				
Ocupación (Selección)								Actividad Principal CIU				
Estudiante	Independiente	Empleado	X	Hogar	Jubilado							
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
CLINIVIDA	Publica	Privada	X	Mixta	PROFESIONAL DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio				Ciudad	No. Teléfono
CALLE 11A #15-44				RIOHACHA	301555469
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI NO X

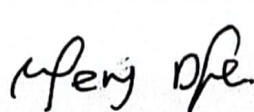

### 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$2'300.000.00	Total Egresos mensuales \$1'600.000.00
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos:	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante?
Mes Año	SI NO X
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u 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:	
SI SERVICIOS PROFESIONALES	

### 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 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 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 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):