



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	15/09/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ													Sexo				
													M	F	X		
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.082.839.332				SANTA MARTA				16/01/2019			
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	Familiar	Rural	Urbano		
X							X						X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento					
4 12 2000			SANTA MARTA		CALLE 8 #30 - 22				SANTA MARTA			MAGDALENA					
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono					
DANIELA30PEREZG@gmail.com										3242483400							
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU							
Estudiante	X	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado					8692	2025	7	8				
										Descripción del CIU							
										Las actividades de planeación y ejecución de programas de tratamientos terapéuticos, remitidos por el personal méd							

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?	PROFESIONAL ESPECIALIZADO			
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 0				Total Egresos mensuales 0					
Otros Ingresos Mensuales 0				Otros Egresos Mensuales 0					
Total Activos: 0				Total Pasivos 0					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes	Año	Es declarante?		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: MIS HONORARIOS COMO CONTRATISTA 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 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.

Daniela Gutiérrez

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