

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 06/08/2025

Ciudad	Oficina
SANTA MARTA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: CAROLINA GÓMEZ CORREA										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1193208935	PUERTO COLOMBIA	17/02/2021
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia
X								X	0			X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento	
10	2	2003	SANTA MARTA			CALLE 17 A #12A - 75			SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono
gomezcarolina.1002@gmail.com										3043449891		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante	Independiente	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	2
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU		
ACTIVIDAD DE LA PRACTICA MEDICA												

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?		
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	1.500.000	Total Egresos mensuales	800.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	300.000.000	Total Pasivos	0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2024	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:			
ACTIVIDADES LICITAS			

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: ARRIENDOS 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 efectuar 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 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.

<p>Carolina Gómez C.</p> <p>5. FIRMA Y HUELLA</p> <p>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):</p>	
--	---