

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																		
Nombres y Apellidos SANDRA PAOLA MENDOZA BARROS												Sexo						
												M		F				
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición						
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1.122.401.421			LA GUAJARA			10/01/2007		
Estado Civil (Seleccíone)						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			
	X								X	1	X					X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento				
24			9			1988			LA GUAJARA			SANTA MARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono				
Ocupación (Seleccíone)											Actividad Principal CIU							
Estudiante			Independiente			Empleado			Hogar			Jubilado			8	6	1	0
Descripción del CIU																		
Actividades de hospitales y clínicas, con Internación																		

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	X		Privada			Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL							
Dirección de empresa o negocio										Ciudad			Barrio		No. Teléfono				
Cra. 14 #23-42										SANTA MARTA			ALCAZARES		4365007				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA


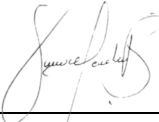
Total Ingresos Mensuales 2,500,000					Total Egresos mensuales 1,000,000												
Otros Ingresos Mensuales 0					Otros Egresos Mensuales												
Total Activos: 0					Total Pasivos 0												
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes 12		Año 2024		Es declarante?			SI				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 políticamente expuesta PEP?																	
NO																	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO																	

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: **SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO** 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 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.

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		