

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUJMB	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KATIANA PAOLA MELCHOR TORREGROZA													Sexo														
													M	F	X												
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición															
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		57465955			SANTA MARTA			2-dic-03											
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Zona Ubicación															
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano	
		X												X								X				X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad				Departamento									
26		10		1984		SANTA MARTA				Kra 21 # 29d-103 bulevar de las rosas						SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico													No. Celular				Telefono										
katianapaolam@gmail.com													3146676455														
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIU														
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado				8		6		9		1	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																	
Actividades de apoyo diagnóstico										Actividades de apoyo diagnóstico																	

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													
hospital universitario julio mendez barreneche			Publica		x		Privada				Mixta				Otra, cual?		apoyo administrativo					
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio				No. Teléfono				
carrera 14 # 23-42										santa marta				alcarez								
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO		x		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 1.400.000						Total Egresos mensuales \$ 850.000													
Otros Ingresos Mensuales \$ 0						Otros Egresos Mensuales \$ 0													
Total Activos \$ 0						Total Pasivos													
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? X																			
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:																			

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: Actividades de apoyo diagnóstico 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

	
5. FIRMA Y HUELLA	
Certifico (amos) que la Información aportada en el presente documento es veraz y habiéndolo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):	
<div></div>	
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	