

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina			
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos ANGELICA MARIA PINZON HERNANDEZ				Sexo M ☐ F ☐ X ☒	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1082923644		Expedida en SANTA MARTA	
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒		Fecha de Expedición 19-nov-08	
No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 8 11 1990		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio CALLE 41 N° 11 - 30	
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico ANGELICAPINZONHER@GMAIL.COM		No. Celular 3013467914		Telefono 3013467914	
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐				Actividad Principal CIU 8 6 2 1	
Detalle Actividad Económica MEDICO				Descripción del CIU	
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐		Número	
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo MEDICO	
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 8,300,000		Total Egresos mensuales 6,000,000			
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos 8,300,000		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 11 Año 2024		Es declarante?		SI ☒ NO ☐	
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: MI ACTIVIDAD 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: _____ 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 efectúe 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 consignen 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					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> </div>					
5. FIRMA Y HUELLEA					
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): <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> _____ Nombre y Firma Oficial de cumplimiento </div>					