

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACIÓN	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos GERALDINE ORTEGA QUINTERP										Sexo						
										M	X	F				
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1,043,664,979			SANTA MARTA							
Estado Civil (Selección)						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		0				X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento				
6			3			1996			BARRANQUILLA			CARRERA 33 C No 19-19				
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono				
geryfly95@gmail.com										3015398375		6054361705				
Ocupación (Selección)										Actividad Principal CIU						
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar		Jubilado				X	8	6	1	0		
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU						
Auxiliar Enfermería										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				
E.S.E HOSPITAL UNIVER JULIO MENDEZ B				Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ENFERMERÍA	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio		No. Teléfono		
CARRERA 15 No 23-42				SANTA MARTA				LIS ALCÁZARES		6054346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$2,000,000				Total Egresos mensuales \$1,900,000			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos \$5,000,000				Total Pasivos \$200,000			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes 12		Año 2023		Es declarante?	
						SI	NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún 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:							
HONORARIOS							

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 mercado, 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

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