HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	1/10/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ELIANA PAOLA ARIZA FLOREZ																Sexo			
																M	X	F	
Tipo de Documento										Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1082852317			SANTA MARTA			11/05/2019			
Estado Civil (Seleccione)						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			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento					
9	9	2001	SANTA MARTA			MANZANA L CASA 18 BARRIO CANTILITO					SANTA MARTA			MAGDALENA					
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono					
ELIANAARIZA1@GMAIL.COM											3027092319			N/A					
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8	2	9	6		
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU									
Prestación de servicios como enfermera										Servicio de enfermeria									

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

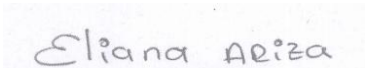
Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo			
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	Auxiliar de enfermeria			
Dirección de empresa o negocio						Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Cra 14 #23-42						Santa Marta		Alcazares			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $2,100,000			Total Egresos mensuales $2,100,000					
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 10	Año 2025	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?								
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?								
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: Servicios de enfermeria 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





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