

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO FISC-07
		VERSION 003
		FECHA DE ULTIM REVISIÓN: 10/12/2020

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ANGIE PAOLA GRATE BETANCOURT										Sexo ☒ F ☐ M	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐			Número 1193.989.984			Expedido en SANTA MARTA			Fecha de Expedición 19/02/2009		
Estado Civil (Selecciones) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				No. Personas a cargo 0		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒	
Fecha nacimiento 5 / 1 / 2001				Lugar de Nacimiento Ciénaga Magdalena				Dirección Domicilio Mtz 21 Casa 29 Nueva Andrea In			
Municipio / Ciudad SANTA MARTA				Departamento MAGDALENA				No. Celular 3002938622		Teléfono 3002938622	
Correo Electrónico angie.onate05@gmail.com											
Ocupación (Selecciones) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐						Actividad Principal CSU 9992					
Descripción del CSU Actividades de apoyo terapéutico											

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. ☐			C.C. ☐ P.P. ☐			C.C. ☐ P.P. ☐		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo ENFERMERA	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				Si ☐ No ☒		No ☐	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

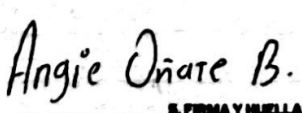
Total Ingresos Mensuales 0		Total Egresos mensuales 0	
Otros Ingresos Mensuales 0		Otros Egresos Mensuales 0	
Total Activos 0		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Diciembre Año 2024		Es declarante? ☐ Si ☒ No ☐	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO			
Declare que soy persona políticamente expuesta PEP? NO			
Declare 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: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuanta(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 haberes de datos 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 cancelar, 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 revelar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Haberes de Datos 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
S. FIRMA Y HUELLA	
Certifico (jurar) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo (jurar):	