

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Fecha Vinculación Jul-25
-----------------------	--	-----------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos KARINA PATRICIA BOLAÑO GUTIERREZ										Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento			Número			Expedido en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	26719804			CIENAGA MAGDALENA		
Estado Civil (Selección)						Nivel educativo			No. Personas a cargo		Fecha de Expedición
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Vivido	Primaria	Bachiller	Técnico	Universitario			3/08/1999
								X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Zona Ubicación
22 / 4 / 1982			CIENAGA MAGDALENA			CRA 13*29-73			SANTA MARTA		MAGDALENA
Correo Electrónico						No. Celular			Telefono		
KARINAP00H.7@HOTMAIL.COM						3024419739					
Ocupación (Selección)						Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado						
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU					

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 Méndez Barreneche	Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐	Otra, cual?	CONTRATISTA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	8054346202
Maneja dinero del Estado o entidad expuesta públicamente?			SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

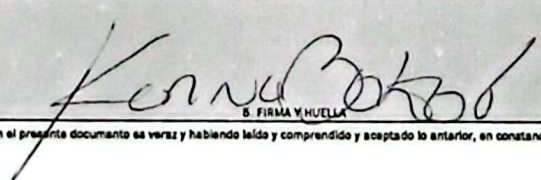
Total Ingresos Mensuales	2.400.000	Total Egresos mensuales	10.000.000
	0		0
	0		10.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes JULIO	Año 2025	Es declarante? SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			
no manejo beneficios públicos ni ostento de ningún grado público			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?			
declaro que no soy persona políticamente expuesta			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
de mis ingresos laborales como independiente y familiares			

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: Mis ingresos como independiente DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.400.000) y no acepto como propios, 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 e a quien representa sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información de carácter personal y/o financiero 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 derivadas 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
B. 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	