

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINC4F
			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 MAROLY CECILIA UJUETA LIÑÁN										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento			Número			Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C. <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>			55313187			SANTA MARTA		20/11/2003				
Estado Civil (Selección)			Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación		
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>			1		Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento	
1 10 1986			BARRANQUILLA			CALLE 21 No 20-148 APTO 908 EDIFICIO ALTO VENTO			SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono
maroujueta@hotmail.com										3008172489		
Ocupación (Selección)										Actividad Principal CIU		
Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> X Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>										X		8 6 1 0
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU		
Psiquiatra										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. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>					

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio			Tipo de Empresa o Negocio			Cargo		
			Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra, cual? <input type="checkbox"/>			Psiquiatra		
Dirección de empresa o negocio			Ciudad			Barrio		
						No. Teléfono		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$8,130,000			Total Egresos mensuales \$,000,000		
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales		
Total Activos \$15,000,000			Total Pasivos \$250,000,000		
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 12 Año 2023			Es declarante? SI <input type="checkbox"/> X NO <input type="checkbox"/>		
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 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

<p style="font-size: x-small;">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 mí(s) _____</p> <p style="font-size: x-small;">HONORARIOS</p> <p style="font-size: x-small;">tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p style="font-size: x-small;">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 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mí actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.</p> <p style="font-size: x-small;">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 Haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche</p>	
---	--

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