

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		

Nombres yApellidos MAYERLYS PLAZA RIVERO												Sexo																	
												M	F	X															
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																	
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1002343984				EL CARMEN DE BOLIVAR				08/01/2020															
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		Fam i		Rural		Urban o	
X																X		0						X				X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento													
25				8				1993				EL CARMEN DE BOLIVAR				CARRERA 43 # 37-29 CONJUNTO CIUDAD CAMPESTRE EL NOGAL				SANTA MARTA				MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
mayerlysplaza@hotmail.com												3114317067				3114317067													
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilad o				8		6		1		0			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																	
ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION												ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION																	
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD																													

Nombres yApellidos 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												Public a		X		Privada				Mixta				Otra, cual?		MEDICO					
Dirección de empresa o negocio												Ciudad												Barrio				No. Teléfono			
CARRERA 14 # 23- 42 BARRIO ALCAZARES												SANTA MARTA												ALCAZARES				4365007			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI												NO				X			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA																															

Total Ingresos Mensuales												\$0												Total Egresos mensuales												\$0											
Otros Ingresos Mensuales												\$0												Otros Egresos Mensuales												\$0											
Total Activos												\$0												Total Pasivos												\$17.000.000											
Mes año de corte de la información financiera suministra												Mes 05				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?																																															
NO																																															
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?																																															
NO																																															
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																																															
MIS ACTIVIDADES COMO PROFESIONAL DE LA MEDICINA																																															

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 efectúare 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 consignarán 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 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

	
S. FIRMA Y HUELLEA	

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	