E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barrenecha	**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**	CODIGO: FINC4F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	12/DIC/2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
YURANIS PAOLA MEJIA MELO	M: · F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X · C.E · T.I · R.C · PP	1.802.842.130	SANTA MARTA	19 JULIO 2004

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X			2			X		

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
18	02	1986	SANTA MARTA	MANZANA 58 CASA 3 CUIDADELA 29 DE JULIO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
YURANISMEJIA13@GMAIL.COM	3105311285	NO

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		Menor de edad		8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	CUIDADO EN SALUD HUMANA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número
	C.C.		C.E.		P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
H .U.J.M. B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad SANTA MARTA	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42		ALCAZARES	4365006

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 3.100.000			Total Egresos mensules					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes	Año	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: NO

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellido	MARIA VICTORIA BARRAZA	Dirección	LAS AMERICAS	Teléfono	3106478925	
Familiar	Nombres y Apellido	FARIDES MELO PEÑARANDA	Dirección	EL PANDO	Teléfono	3054768101	Parentesco: MADRE

5. 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:
MI EMPLEO 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 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 xxxx, 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 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre

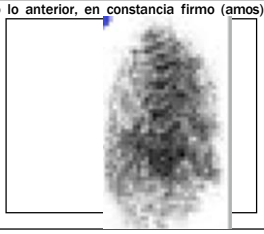
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por xxxx. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a xxxx 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) xxxx 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.

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y Estudiantes	Independiente Obligados a declarar renta	Independiente No obligados	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadania para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

7. 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)



Firma Solicitante o Representante Legal

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha						Hora		
	aa		mes		día		a.m.		
Resultado	Aceptado					Rechazado			
Observaciones									

Nombre y firma Asesor oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa me día	a.m. p.m.	
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI NO
Aceptado	Rechazado	Observaciones
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina