

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FV04F
		VERSION: 003
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fecha Vinculación 13/06/2024
------------------------------	--	--

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: YADIRIS ESTHER SALAZAR VILORIA										Sexo: M ☐ F ☐ X ☐		
Tipo de Documento C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐				Número 1.004.962.963				Expedido en SANTA MARTA		Fecha de Expedición 18/06/1992		
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universitario ☐				No. Personas a cargo 2		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐		
Fecha nacimiento 29/01/1988				Lugar de Nacimiento SANTA MARTA				Dirección Domicilio CALLE 7 KAR 7 #7-20		Municipio / Ciudad SANTA MARTA		
Correo Electrónico yadris.salazar@gmail.com				No. Celular 310 8018829				Teléfono 310 8018829				
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ a. ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal OCU B211 2024 B B		
Descripción del OCU Actividades de apoyo administrativo												

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio RESTAURANTE-BAR JAIBA S.A.S	Tipo de Empresa o Negocio Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo ADMINISTRADORA
Dirección de empresa o negocio CL 13B #5-80 BELLO SOL				Ciudad SANTA MARTA	No. Teléfono 3104219910
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒	X ☐

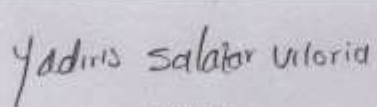
3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$1.200.000.00				Total Egresos mensuales \$800.000.00			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes: 07 Año: 2024				Si 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 gosa de reconocimiento Público?							
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: SERVICIOS PROFESIONALES							
SI							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de los fondos y/o fondos para la aportación, 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 PS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no niego como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e inexcusable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barinchecho, 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, gratificar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador, Central de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con fines riesgosos, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barinchecho, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercados, 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 consignará de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Barinchecho 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 Barinchecho no utilizar o revelar 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 Barinchecho 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 mis datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
S. FIRMA Y HUELLA	
Certifico (anexo) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (anexo):	
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	