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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Subgerencia científica	12/12/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Liliana Patricia Martínez Gámez															Sexo			
															M		F	x
Tipo de Documento										Número			Expedida en				Fecha de Expedición	
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		36.559.648			Santa Marta				12/07/1985	
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	Famil	Rural	Urbano	
				x				x				3		x			x	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio							Municipio / Ciudad			Departamento		
02	9	1966	Santa Marta, Magdalena			Manzana N casa 19							Santa Marta			Magdalena		
Correo Electrónico													No. Celular			Telefono		
lilipwt@hotmail.com													3168370023					
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado		Menor de edad			8	6		9	2	
Detalle Actividad Económica													Descripción del CIIU					
Auxiliar de enfermería													Actividades terapéuticas					

Nombres y Apellidos del Representante Legal	1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD 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
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?		

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Carrera 14 #23-17	Santa Marta	Alcazares	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $2.300.000			Total Egresos mensules $2.00.000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	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 público o goza de reconocimiento Público? 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 la prestación de mis servicios como auxiliar de enfermería

1.Declaro que el origen de bienesy/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relacionoa continuación: De la prestación de mis servicios como auxiliar de enfermería 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 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 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.

Declaroque: 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 aconocer,actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal, así como a solicitarpor cualquier Méndez



5. 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