

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

<b>Ciudad</b> SANTA MARTA	<b>Oficina</b> 
------------------------------	--------------------

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos <b>ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE</b>												<b>Sexo</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Tipo de Documento</b> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>				<b>Número</b> 1082993765				<b>Expedida en</b> SANTA MARTA		<b>Fecha de Expedición</b> 14/01/2013			
<b>Estado Civil (Seleccione)</b> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				<b>Nivel educativo</b> Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universidad <input checked="" type="checkbox"/>				<b>No. Personas a cargo</b> 0		<b>Tipo de Vivienda</b> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Fecha nacimiento</b> 4 / 1 / 1995				<b>Lugar de Nacimiento</b> SANTA MARTA				<b>Dirección Domicilio</b> CARRERA 22 - 20-51		<b>Municipio / Ciudad</b> SANTA MARTA			
<b>Departamento</b> MAGDALENA				<b>Correo Electrónico</b> <a href="mailto:ANDRUSCAROLINA@HOTMAIL.COM">ANDRUSCAROLINA@HOTMAIL.COM</a>				<b>No. Celular</b> 3005581716		<b>Teléfono</b> 3005581716			
<b>Ocupación (Seleccione)</b> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>												<b>Actividad Principal CIU</b> 	
<b>Detalle Actividad Económica</b> MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> ICQ <input type="checkbox"/>												<b>Descripción del CIU</b> 	
<b>Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina</b> 													

**1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD**

<b>Nombres y Apellidos del Representante Legal</b> 				<b>Tipo de Documento</b> C.C. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>				<b>Número</b> 			
--	--	--	--	---	--	--	--	-------------------	--	--	--

**2. DATOS LABORALES**

<b>Nombre de la Empresa o Negocio</b> HUJMB				<b>Tipo de Empresa o Negocio</b> Publica <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra, cual? <input type="checkbox"/>				<b>Cargo</b> MEDICO			
<b>Dirección de empresa o negocio</b> CARRERA 14 23-42				<b>Ciudad</b> SANTA MARTA				<b>Barrio</b> ALCAZARES		<b>No. Teléfono</b> 4365007	
<b>Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?</b>								SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

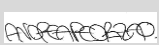

<b>Total Ingresos Mensuales</b> 5.000.000				<b>Total Egresos mensuales</b> 3.000.000			
<b>Otros Ingresos Mensuales</b> 0				<b>Otros Egresos Mensuales</b>			
<b>Total Activos</b> 5.000.000				<b>Total Pasivos</b>			
<b>Mes y año de corte de la información financiera suministrada</b>		Mes 12 Año 2024		<b>Es declarante?</b>		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Es servidor Público? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?</b> NO							
<b>Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?</b> NO							
<b>Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:</b> TRABAJO							

**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: TRABAJO  
 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 la información de carácter personal y/o 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.

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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

 <b>5. FIRMA Y HUELLA</b>	
---	---

**Certifico (amos) que la Información aportada en el presente documento es veraz y habiéndolo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):**

  
 Nombre y Firma Oficial de cumplimiento