

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARYURI TATIANA MARQUEZ TOVAR										Sexo	
										☐ M	☐ F
Tipo de Documento			Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	☒	C.E.	☐	T.J.	☐	R.C.	☐	PP	☐		
			1221973836			SANTA MARTA		13/7/2015			
Estado Civil (Seleccíone)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero	☒	Casado	☐	Divorciado	☐	U. libre	☐	Viudo	☐	Primaria	Bachiller
								0		Propia	Arrendada
										Familiar	X
										Rural	Urbano
											X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Zona Ubicación
13	6	1997	SANTA MARTA			CALLE 11 No 13A-29 MIRAFLORES			SANTA MARTA		MAGDALENA
Correo Electrónico						No. Celular			Teléfono		
TATIZMAR@GMAIL.COM						3045948696			4346262		
Ocupación (Seleccíone)										Actividad Principal CIU	
Estudiante	☐	Independiente	X	Empleado	☐	Hogar	☐	Jubilado	☐		
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos 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	
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Pública	☒	Privada	☐	Mixta	Otra, cual?
				FACTURADOR		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 No 23-42 ALCAZARES				SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI	☐	NO
						X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

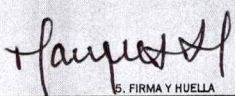
Total Ingresos Mensuales	\$ 1.300.000	Total Egresos mensuales	\$1.300.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	Es declarante?
			SI
			NO
			X
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI 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: DE MITRABAJO y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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 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 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.

 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	