HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REV

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA	SISTEMAS	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: María Fernanda Ahumada Blanquillo

Tipo de Documento									Número	Expedida en
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1004163172	CIENAGA

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia
X								X	2	

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipi
23	5	2002	CIENAGA	KR 28 #18-80	SANT

Correo Electrónico	Nc
mahumadablanquillo@gmail.com	30

Ocupación (Seleccione)											
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			

Detalle Actividad Económica	Descripción del C
	Actividades Combinadas de Servicios Ad

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 0			**Total Egresos mensules: 0**
Otros Ingresos Mensules: 0			**Otros Egresos Mensuales: 0**
Total Activos: 0			**Total Pasivos: 0**
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	**Mes**	**Año**	**Es declarante?**

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: Mis honorarios como contratista

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: Mis honorarios como contratista
_____y no acepto como propias, los depósitos que
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 p
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
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 f
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 operació
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
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
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 Méno
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 infor
derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez
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 da



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

/ISION: 10/12/2021

Fecha Vinculación
15/01/2026

	Sexo			
	M		F	X

Fecha de Expedición
21/01/2021

de Vivienda		Zona Ubicación	
Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X		X

io / Ciudad	Departamento
A MARTA	MAGDALENA

. Celular	Telefono
06294181	4362510

Actividad Principal CIIU			
8211	2026	1	15

CIIU

lministrativos de Oficina

Número

Cargo

Barrio	No. Teléfono

SI		NO	

	SI		NO	X

a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero
personas relacionadas con las mismas.
) Verificar la información aquí suministrada a través de
financiera ante cualquier operador, Centrales de
n que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio
protección de datos personales. Lo anterior implica que
comportamiento frente al sector financiero y en general

dez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer,
mación personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones

tos



