

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ESTEFANIA YULIETH PEREZ JHONSON														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	1082960862				SANTA MARTA				11-ENERO-2011			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	1		Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urbano		
X								X					X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
6	01	1993	SANTA MARTA			CALLE 7#4-03						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono		
ESTEFA.JOHNSON@gmail.com												3243331535			4216935		
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU					
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado			8	6	9	0			
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU									
actividades de atención de la salud humana realizadas por enfermeros, enfermeras y auxiliares de enfermería								actividades de atención de la salud humana realizadas por enfermeros, enfermeras y auxiliares de enfermería									

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			
H.U. JULIO MENDEZ BARRENECHE		Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	JEFE DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio		Ciudad				Barrio		No. Teléfono			
CARRERA 14#23-42		SANTA MARTA				ALCAZARES		4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			3.000.000			Total Egresos mensules			2.800.000					
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales								
Total Activos						3.000.000			Total Pasivos			2.800.000		
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes DICIEMBRE		Año 2026		Es declarante?			SI	X	NO		
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 políticamente expuesta PEP?														
NO														
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:														
SON DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZO EN LA INSTITUCION COMO JEFE DE ENFERMERIA														

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:

son de las actividades que realizo en la institución como jefe 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 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 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 Mendez barreneche S.A.

5. FIRMA Y HUELLEA

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