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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUJMB	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KELLIS JOHANA DIAZ SOTO												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento									Número		Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082922063		SANTA MARTA			15-oct-08	
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X		2			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
14	2	1990				Tejares del libertador					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			teléfono	
kjohana1082922063@gmail.com											301 3297525				
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado						8692	
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU				
actividades de apoyo terapéutico											actividades de apoyo terapéutico				

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		
hospital universitario julio mendez barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	apoyo administrativo		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
carrera 14 # 23-42				santa marta		alcazarez				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	x	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 2.000.000			Total Egresos mensules $ 2.000.000				
Otros Ingresos Mensules $ 0			Otros Egresos Mensuales $ 0				
Total Activos $ 4.000.000			Total Pasivos 2.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2024	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún 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:

De las actividades que ejecuto como auxiliar 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: actividades de apoyo terapéutico 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.

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. 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