

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUJMB	7/1/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JULIETH PAOLA OROZCO CANTILLO												Sexo																	
												M	F	X															
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición																	
C.C. X C.E. TJ R.C. PP						1.079.941.109			PIVJAY			12/22/2016																	
Estado Civil (Selección)						Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación																
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		0		Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano	
X																X		0		X						X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento													
19				12				1998				PIVJAY				TRANVERSAL 9D # 34 - 48				SANTA MARTA				MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
OROZCOJULIETH95@GMAIL.COM												3013995750																	
Ocupación (Selección)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado				8		6		9		2			
Descripción del CIU																													
ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO																													

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?				PROFESIONAL ESPECIALIZADO					
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio		No. Teléfono			
CRA 14 # 23-42				SANTA MARTA				ALCAZAREZ		4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

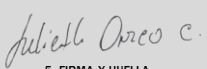
Total Ingresos Mensuales 3.700.000				Total Egresos mensuales 3.700.000									
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales									
Total Activos:				Total Pasivos									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes 02		Año 2026		Es declarante?		SI		X		NO	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?													
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?													
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES													

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: el origen de mis fondos proviene de mi remuneración u honorarios_ 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 adición, 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 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	