HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa marta		ENERO DEL 2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellido: Jimena Carolina Agudelo Pabon																Sexo				
																M		X		
Tipo de Documento									Número				Expedida en			Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.082.400.918				Pueblo Viejo			9/06/2022				
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	Familiar	Rural	Urbano					
x								x		0			X		X					
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento						
2	7	2004	Pueblo Viejo			Tasajera calle 3#12_96					PUEBLO VIEJO			MAGDALENA						
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono						
Jimenaca0206@gmail.com											3022694708									
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8692		2024		2		21
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU										
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO										ACTIVIDADES 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
E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio						Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 No 23-42						SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 2.100.000	Total Egresos mensuales	$ 2.100.000
Otros Ingresos Mensuales	$ 2.100.000	Otros Egresos Mensuales	$2.100.000
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2025	Es declarante? SI NO X
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:	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: AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.





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