

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	

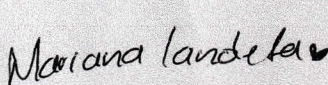
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																	
Nombres y Apellidos MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES												Sexo					
												M	F	X			
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.082.874.656				SANTA MARTA				1/26/2024			
Estado Civil (Seleccione)					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	X	X		0		X				X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento					
23			1		2006		SANTA MARTA		CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30				SANTA MARTA			MAGBDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular		Telefono				
MARIANALANDETAG23@GMAIL.COM											3225503001		3225503001				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIU						
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	1	0			
Descripción del CIU																	
Actividades de hospitales y clínicas, con internación																	

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						
CLINICA DE LA MUJER					Publica		Privada	X	Mixta		Otra, cual?	PRACTICANTE				
Dirección de empresa o negocio										Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
CALLE 22 #21_16										SANTA MARTA		COMUNA 4		54204089		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA														
Total Ingresos Mensuales										Total Egresos mensuales				
Otros Ingresos Mensuales 0										Otros Egresos Mensuales				
Total Activos: 0										Total Pasivos 0				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada					Mes	Año				Es declarante?				
										SI NO X				
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún 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:														

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES														
<p>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: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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.</p> <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) 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.</p> <p>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.</p>														

<div style="text-align: center;">  </div>														
<div style="text-align: center;">  </div>														
<div style="text-align: center;">5. FIRMA Y HUELLA</div>														
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):														