

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO													Sexo																		
													M		F	X															
Tipo de Documento						Número				Expedida en			Fecha de Expedición																		
C.C.	X		C.E		T.I		R.C		PP		36669301				SANTA MARTA			16-may-95													
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		3		X						X					
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento											
20				11				1976				SANTA MARTA								CALLE 11D # 21-119 APARTAMENTO 202				SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico													No. Celuiar				Telefono														
amarilys.mendoza@hotmail.com													3012840023				6054357295														
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIU																		
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado				2460											
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																					
ENFERMERA										ENFERMERA																					

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

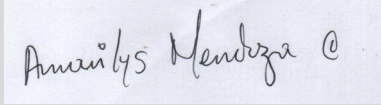
Nombre de la Empresa o Negocio				Tipo de Empresa o Negocio						Cargo											
HOSP. UNIV. JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica		X		Privada				Mixta				Otra, cual?		ENFERMERA			
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio				No. Teléfono			
CALLE 14 # 23-42										SANTA MARTA				ALCAZARES				6054365007			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO		X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales						\$ 3.100.000,00						Total Egresos mensules						\$ 2.700.000,00									
Otros Ingresos Mensuales						\$ 0,00						Otros Egresos Mensuales															
Total Activos						\$ 500.000,00						Total Pasivos						\$ 0,00									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada						Mes 12				Año 2023				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 políticamente expuesta PEP?																											
No																											
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																											
DE MI ACTIVIDAD COMO ENFERMERA																											

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:
_____ 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

	
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):	
<div></div>	
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	