

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		02/2026

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																													
Nombres y Apellidos WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ																													
Tipo de Documento								Número				Expedida en		Fecha de Expedición															
C.C.		C.E		T.I		R.C		PP		x	2596444				BOGOTA C. D		13-may-21												
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				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento									
17		7		1998		VENEZUELA				CALLE 29i #30B-79								SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono											
WILFRENDYVINASMARQUEZ@GMAIL.COM														3024117593															
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU															
Estudiante				Independiente				Empleado		X		Hogar				Jubilado				8		6		9		2			
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																			
										ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICOS																			

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									
huj		mb						Publica		x		Privada				Mixta				Otra, cual?		auxiliar de enfermería	
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio		No. Teléfono							
cra 14#23-42										SANTA MARTA				alcazeres		4365007							
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO		X					

3. INFORMACIÓN FINANCIERA																											
Total Ingresos Mensuales								2,600,000								Total Egresos mensules				2.600.000							
Otros Ingresos Mensules																Otros Egresos Mensuales											
Total Activos																Total Pasivos											
Mes y año de corte de la información financiera suministrada								Mes 02				Año 2026				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?																											
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:																											

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 Mendez barreneche S.A.															

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