

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO: PNCAP
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2019

Ciudad SANTA MARTA	Oficina UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS CRÍTICOS	Fecha Vinculación
------------------------------	---	--------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LIBIS IRETH BRITO GONZALEZ										Sexo M ☐ F ☒ X ☐		
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐			Número 1.082.943.081			Expedido en SANTA MARTA			Fecha de Expedición 10/12/2019			
Estado Civil (Selección) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐			Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universitario ☐			No. Personas a cargo 3			Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Rural ☐ Urbana ☒			
Fecha nacimiento 18 / 0 / 1983		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio CALLE 5 N° 21 E - 10			Municipio / Ciudad SANTA MARTA			Departamento MAGDALENA		
Correo Electrónico libisbr@unh.com						No. Celular 3045541439			Teléfono			
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐						Actividad Principal CIU 8 6 9 1						
Actividades de apoyo diagnóstico						Actividades de apoyo diagnóstico						

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐	Número
--	---	---------------

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?			Cargo MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio CARRERA 14 N° 23 - 42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES
		No. Teléfono 4346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

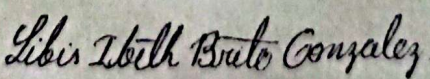
Total Ingresos Mensuales 2100000		Total Egresos mensuales 2100000	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos:		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 04 Año 2025		¿declarante? SI ☐ NO ☒	
¿Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? 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: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS			

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, HONORARIOS y no acepto como propios, los depósitos que a mis cuentas efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 y 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 mercados, 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 derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez 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.

		
B. 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		