HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 16/05/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	12/01/2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ												Sexo			
													M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.		PP	36.697.897			SANTA MARTA		07/22/1999		
EstadoCivil (Seleccione)												No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre		Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urbano
				X					X					X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento	
18	5	81	SANTA MARTA				CALLE 17 B # 14A- 38 CUNDI						SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico													No. Celular			Telefono	
georgetjohanna1922@gmail.com													3008535432			3008535432	
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente			Empleado			Hogar			Jubilado				8	6	9	2
DetalleActividad Económica													Descripción del CIIU				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA													Apoyo de actividad terapeutica				

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		
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio				No. Teléfono		
CARRERA 14# 23 - 42	SANTA MARTA			"LOS ALCAZARES"				4346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI			NO						

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1,800,000			Total Egresos mensules	$1,500,000				
Otros Ingresos Mensules	0			Otros Egresos Mensuales	0				
Total Activos	$ 1,800,000			Total Pasivos	0				
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:

MI EMPLEO COMO 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: EL EJERCICIO DE MI PROFESIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 lasmismas.
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 revocarmi información personal3) Conozcomis derechos y obligacionesderivados de la ley de Habeas Data y Protección dedatos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado loscanales de comunicación a través de los cualespuedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normasantescitadas. 5) Me obligo a actualizar losdatos

Lidys Martinez Hernandez



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):

_____