

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GRUPO FUNSIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACION	19 ENERO 2026

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														LIZ ESTEFANI OROSTEGUI ALVAREZ			Sexo																				
														M			F			X																	
Tipo de Documento										Número					Expedida en				Fecha de Expedición																		
C.C. X CE TJ RC PP										1,083,024,129					SANTA MARTA				4/24/2015																		
Estado Civil (Seleccione)										Nivel educativo					No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación																	
Soltero			Casado			Divorciado			U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		0		Propia		Arrendada		Familiar		Rural		Urbano						
			X																X		0		X						X								
Fecha nacimiento					Lugar de Nacimiento					Direccion Domicilio										Municipio / Ciudad				Departamento													
22					4					1997					SANTA MARTA					PARQUES DE BOLIVAR IV T50 A202										SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono																			
lizeroyal@gmail.com														3166297921				3166297921																			
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU																							
Estudiante						Independiente			x		Empleado				Hogar				Jubilado						8692												
														Descripción del CIU																							
														Actividades de apoyo terapéutico																							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio					Tipo de Empresa o Negocio										Cargo									
HUJMB					Publica		X		Privada				Mixta				Otra, cual?			ENFERMERA				
Dirección de empresa o negocio										Ciudad					Barrio			No. Teléfono						
										SANTA MARTA														
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?															SI				NO		X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales										3.000.000										Total Egresos mensules										2.000.000									
Otros Ingresos Mensules										500.000										Otros Egresos Mensuales										0									
Total Activos:										4.000.000										Total Pasivos																			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada					Mes					DICIEMBRE					Año					2025					Es declarante?					SI		X		NO					
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: EMPLEO																																							

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: 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 efectúare 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. 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.

		
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		