

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
---	--	--

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		31/12/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
SHARAY VANESSA GUTIERREZ BERMUDEZ		☐ M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento		Número	Expedida en
C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐		1.082.856.525	SANTA MARTA
		Fecha de Expedición	
		17/08/2022	
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo	No. Personas a cargo
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐
X ☐		X ☐	X ☐
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio
16	07	2004	SANTA MARTA
		CALLE 17A NUMERO 12A 61	
		Municipio / Ciudad	
		SANTA MARTA	
		Departamento	
		MAGDALENA	
Correo Electrónico		No. Celular	Teléfono
SHARAYGUTIERREZBERMUDEZ@GMAIL.COM		3222563382	
Ocupación (Seleccione)		Actividad Principal CIU	
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐		8 ☐ 6 ☐ 9 ☐ 2 ☐	
Descripción del CIU			
APOYO ASISTENCIAL TERAPEUTICO			

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
	Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Banco
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	ALCAZARES
		No. Teléfono
		4366262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒ X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.600.000	Total Egresos mensuales 2.600.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante?
Mes 12 Año 2025	SI ☐ NO ☒ X

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: MI TRABAJO

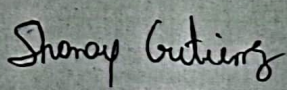
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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:
AUXILIAR DE ENFERMERIA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades lícitas 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 haberes 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 consignará de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Haberes 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.

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento