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

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: VALENTINA ANDREA GIL MIER												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP								Número: 1004349912		Expedida en: SANTA MARTA		Fecha de Expedición: 01/04/2019			
Estado Civil (Seleccione): Soltero X	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad X	No. Personas a cargo: 0		Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familia X	Zona Ubicación: Rural / Urbano X
Fecha nacimiento: 2001 / 2 / 27			Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA			Direccion Domicilio: CALLE 123#2- 51 CONJUNTO VIÑA DEL MAR						Municipio / Ciudad: SANTA MARTA			Departamento: MAGDALENA
Correo Electrónico: VALENTINAGILMIER@GMAIL.COM												No. Celular: 3016154343			Telefono
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente / Empleado X / Hogar / Jubilado												Actividad Principal CIIU: 8 6 2 1			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU: Actividades de la practica medica sin internacion			

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	Tipo de Empresa o Negocio: Publica / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
		MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio / No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI / NO X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 3000000	Total Egresos mensules: 2000000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos: 30000000	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes 01 / 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:

EJERCICIO PROFESIONAL DE MEDICO GENERAL

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: EJERCICIO PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL 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 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

Valentina Gil Mier



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

Scanned with CamScanner