



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FNC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad

SANTA MARTA

Oficina

Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos

Jedís Esther Barrios Méndez

Sexo

M F X

Tipo de Documento

C.C. C.E. X T.I. R.C. PP

Número

36666833

Expedida en

Ariquani (Nagó)

Fecha de Expedición

31-10/1994

Estado Civil (Seleccione)

Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo

Nivel educativo

Primaria Bachiller Técnico Universidad

No. Personas a cargo

2

Tipo de Vivienda

Propia Arrendada Familia

Zona Ubicación

Rural Urbano

Fecha nacimiento

08 12

Lugar de Nacimiento

Mz 4

Dirección Domicilio

Mza E 0089.3 Villa Universitario

Municipio / Ciudad

Santa Marta

Departamento

Magdalena

Correo Electrónico

Wiener 2103@hotmail.com

No. Celular

324250194

Teléfono

Ocupación (Seleccione)

Estudiante Independiente Empleado X Hogar Jubilado

Actividad Principal CIU

8 6 9 2

Descripción del CIU

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

HJM

Tipo de Empresa o Negocio

Publica X Privada Mixta Otra, cual?

Cargo

ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio

Cra 14 # 23-42 Bm Alcazares

Ciudad

Santa Marta

Barrio

Alcazares

No. Teléfono

4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?

SI

NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales

3.600.000

Total Egresos mensuales

3600.000

Otros Ingresos Mensuales

Otros Egresos Mensuales

Total Activos:

Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministrada

Mes 01

Año 2026

Es declarante?

SI

NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o 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:

POR LA PRESTACION DE MIS SERVICIOS COMO

ENFERMERA

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

I. 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: **SERVICIOS** y no acepto como propias, los depósitos que a mí(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 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 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 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.



Escaneado con CamScanner

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):