HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	17 de septiembre del 2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES	Sexo			
		M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C. E		T. I		R.C		PP	1.082.874.656	SANTA MARTA	1/26/2024

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorcado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X					X	X	X	X	0	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
23	1	2006	SANTA MARTA	CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
MARIANALANDETAG23@GMAIL.COM	3225503001	3225503001

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU			
Estudiante	Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		8	6	1	0

Descripción del CIIU
Actividades de hospitales y clínicas, con internación

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
CLINICA DE LA MUJER	Publica		Privada	X	Mixta		Otra, cual?	PRACTICANTE

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 22 #21_16	SANTA MARTA	COMUNA 4	54204089

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.300.000	Total Egresos mensuales	2.300.000
Otros Ingresos Mensuales	2.300.000	Otros Egresos Mensuales	2.300.000
Total Activos:	2.300.000	Total Pasivos	2.300.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes Junio	Año 2026	Es declarante?	SI	NO	X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?				SI	NO	X
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?				SI	NO	X

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

2.300.000

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: **SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO** y no acepto como propios, los dépósitos que a mí y/o cuenta(s) efectué terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar 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 informacdos angi snsultradas o amdés de cualquier geedor lo considero a conumrteé. 2) Peportar, almacacar, 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, protección de mercado, aquellas en entregadas o lo mi imformación de cortomdad con o de conmopados de ne be hohaes a ydet c ctir ante ecdr'o e edatos Eerseecke. lo confiren implias ene l cumpenimpimo i) comportmiento de me obligasones ao retelgarś ón abnome mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiente frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me compromeło a actualizar anualmente, y cuando me la soliciten, la información de asts formapido y presenter los documentos requeridos pen la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me tresene of deneris a conocar, actualizar, certfiider, rimfiostre, clertines lai otigocecios de conioder canaeio pofcinto p celsidor roc calziguief rmedio y E.S.E. Hompptrl donesitario Julio Méndez Bercoca cóe a o affipor o rervocó mi mformbaión prosonral 3) Conozco tnls derechos o obligaciones almrados de la lar de Habeas Data y Protección de datos poroneids. 4) la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. hn tia informado los canales de comunicación a través do los carales peido acnoder para conocer las obligaciones derrvidas de las normas antas ctadas. 5) Me doligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Mariana Landeta

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):

Scanned with CamScanner