

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

Ciudad				Oficina				Fecha Vinculación			
SANTA MARTA				ADMISIONES URGENCIAS				5/8/2024			

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS			Sexo														
												M			F			X											
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición															
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP						1.007.860.985				SANTA MARTA				5/7/2018															
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación														
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad				Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano	
						X								X										X				X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento									
13		06		2000		SANTA MARTA				BARRIO EL CUNDI								SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
khrisdycaballero@gmail.com												3042294559				4346262													
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente				Empleado		X		Hogar				Jubilado				8		2		1		1			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																	
Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina												ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL																	

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													
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHA				Publica		X		Privada				Mixta				Otra, cual?		ENFERMERO							
Dirección de empresa o negocio												Ciudad				Barrio				No. Teléfono					
KR 14 No 23-42												SANTA MARTA				LOS ALCAZARES									
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO		X							

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 2,700,000						Total Egresos mensules \$ 2,200,000													
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales													
\$ 2,700,000						Total Pasivos \$ 2,200,000													
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes 06		Año 2026		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 MANEJO RECURSOS PUBLICOS NI GOZO DE RECONOCIMIENTO PUBLICO																			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?																			
NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA																			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																			
DECLARO QUE EL ORIGEN DEMIS FONDOS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS																			

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: **EL ORIGEN DE MIS FONSODS PROVIENE DE MI REMUNERACION U HONORARIOS** 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 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 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.

<div></div>		<div></div>
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