

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUJMB	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE															
Nombres y Apellidos: WENDYS CAROLINA ESCOBAR MEDINA													Sexo		
													M	F	X
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E	T.I	R.C	PP	1192764098			SANTA MARTA			9-may-17			
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		1			X		X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad		Departamento		
17	4	1999	EL BANCO MAG			Manzana 17 casa 11 barrio bolivariana					SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono			
wendyescobarmedina@gmail.com										3023721740					
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2		
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU							
Actividades de apoyo terapéutico								Actividades de apoyo terapéutico							

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 barreneche			Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	apoyo administrativo					
Dirección de empresa o negocio								Ciudad		Barrio		No. Teléfono			
carrera 14 # 23-42								santa marta		alcarez					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO	x		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA																
Total Ingresos Mensuales \$ 2.100.000								Total Egresos mensuales \$ 500.000								
Otros Ingresos Mensuales \$ 0								Otros Egresos Mensuales \$ 0								
Total Activos \$ 0								Total Pasivos								
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 12 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? X																
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? X																
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: X																

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES														
<p>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 : Contrato de prestación de servicios como auxiliar de enfermería. 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.</p> <p>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 consignán 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.</p> <p>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</p>														

<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):														
<div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>														