

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos SANDRA PATRICIA HENRIQUEZ LOPESIERRA												Sexo																
												M		F	X													
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		36696761	SANATA MARTA(MAGDALENA)				24/03/1999													
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		2				X						X
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento												
3				1				1981				SANTA MARTA(MAGDALENA)				CALLE 5 N° 16 A 26, 20 DE JULIO				SANTA MARTA				MAGDALENA				
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono												
SANDRA.HENRIQUEZ1418@GMAIL.COM												3015312756																
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado											8		6		9				2	
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																
ACTIVIDA												E N F E R M E R A																

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															
E	S	E	H	U	J	M	B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA								
Dirección de empresa o negocio								Ciudad				Barrio				No. Teléfono							
CARRERA 14 N° 23-42								SANTA MARTA				LOS ALCAZARES				4346262							
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO				X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 3,700,000				Total Egresos mensuales \$ 3,700,000																							
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales																							
Total Activos				Total Pasivos																							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes 05				Año 2026				Es declarante?				SI				NO				X			
Es servidor Público? 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:																											
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: HONORARIOS COMO ENFERMERA POR OPS _____ 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 efectúare 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.

	
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