

	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	25-26-26

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo					
Enit Perez ROSADO										M	F	X			
Tipo de Documento				Número			Expedida en		Fecha de Expedición						
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	57443140			Santa Marta		1993-6-2				
Estado Civil (Selección)					Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
			X				X				X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento			
4/3/1970			Santa Marta			calle 7-17-02 Almendro				Santa Marta		Magdalena			
Correo Electrónico										No. Celular		Teléfono			
enitmancilla@gmail.com										300532524					
Ocupación (Selección)										Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	Empleado	X	Hogar	Jubilado					8 6 7 1					
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU					
AUXILIAR DE ENFERMERIA										Actividades Medicas sin internacion					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal				Tipo de Documento				Número			
N/A				C.C.	N/A	P.P	N/A	N/A			

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?	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio		Ciudad						Barrio		No. Teléfono		
CARRERA 14 NO. 23-42		SANTA MARTA						LOS ALCÁZARES		6054346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$ 2.100.000	Total Egresos mensuales	\$ 1.600.000
Otros Ingresos Mensuales	\$ 0	Otros Egresos Mensuales	\$ 0
Total Activos	\$ 2.100.000	Total Pasivos	\$ 1.600.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 09 Año 2026	Es declarante?	SI NO X

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?
SOY SERVIDOR PUBLICO SIN GRADO DE PODER NI VOTO DE RECONOCIMIENTO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?
NO Mi prestación de servicio N/A

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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:
dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 e soportes requeridos anualmente.

Enit Perez.
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