HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez 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		

Nombres y Apellidos: JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO															Sexo			
															M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082962833			SANTA MARTA			10/02/2011			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No.Personasa cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urbano		
				X					X		1			X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento			
03	07	1992	SANTA MARTA			MZ 5CASA 4B MINUTO DE DIOS						SANTA MARTA |			MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono			
JULIPFONTALVO@GMAIL.COM												3217561650			NINGUNO			
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	2			
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU									
ENFERMERA									ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO									

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

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo			
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?				
Dirección de empresa o negocio				Ciudad			Barrio			No. Teléfono	
CRA 14 # 23 - 42				SANTA MARTA			LOS ALCAZARES			6054365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI		NO	X	

Total Ingresos Mensuales:	$ 3.600.000		Total Egresos mensules	$ 36700.000
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	$ 3.600.000		Total Pasivos	$ 3.600.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes; Septiembre	Año 2026	Es declarante?	SI NO X

Esservidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

SOY SERVIDOR PUBLICO PERO NO MANEJO RECURSOS POLITICOS

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO SOY PERSONA POLITICAMNETE EXPUESTA

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

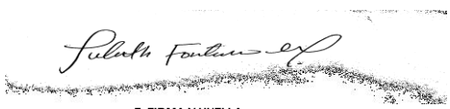
DECLARO MI SUELDO COMO ENFERMERA

1.Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienende actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

DECLARO MI ACTIVIDAD LABORAL COMO ENFERMERA 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 efectuare 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



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