HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

SANTA MARTA	Oficina	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

YURLEYS MILENA CASTRO DIAZ													Sexo		
													M	F	X
		Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.082.962.159			SANTA MARTA			31/01/2011		
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	Familiar	Rural	Urbano
X							X			1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
16	10	1992	SANTA MARTA	CALLE 23 #47-64	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
YURLEYYMARIANA@GMAIL.COM	3016145581	3016145581

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8299	20220209

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
apoyo administrativo (en el area de facturacion)	Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

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	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AREA DE FACTURACION	
Dirección de empresa o negocio					Ciudad			Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 #23 - 42					SANTA MARTA			LOS ALCAZARES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales : $2.400.000				Total Ingreso Mensuales: $2.400.000			
Otros Ingresos Mensules : 0				Otros Egresos Mensuales : 0			
Total Activos : 0				Total Pasivos : 0			
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes: febrero	Año: 2024		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
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:				Mi prestacion de servicio			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: De mi prestacion de servicio 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. los orígenes de los ingresos que recibe. prestacion de servicio en el area de facturacion.

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.

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):

YURLEYS M. CASTRO DIAZ

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

