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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
ANA CECILIA MENDEZ GUTIERREZ	M	X	F	

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57299586	Santa Marta	25/07/2002

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
17	01	1984	Santa Marta	KRA 1B NO. 26-09	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
anaceciliamendezgutierrez@gmail.com	3012059138	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			0	0	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
8 2 9 9	Actividades de servicio de apoyo administrativo a las empresas

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
ESE Hospital San Cristobal de Cienaga	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Calidad

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 5TA KRA 21	Cienaga	CENTRO	

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 4.000.000	Total Egresos mensules	$ 2.800.000
Otros Ingresos Mensules	$ 0	Otros Egresos Mensuales	$ 0
Total Activos	$ 0	Total Pasivos	$ 0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes. 09	Año. 2026	Es declarante?	SI	X	NO	

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: ACTIVIDADES COMO APOYO ADMINISTRATIVO	SI

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de mis bienes y/o fondos provienen de actividades lícitas, las cuales relaciono a continuación: prestación de servicios de apoyo a la gestión y actividades administrativas en el Grupo de Hotelería de la Unidad Funcional de Recursos Físicos de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, y no acepto como propios 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 efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad correspondiente, 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, 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, actualización o verificación de mi información, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable sobre hábeas data y protección de datos personales. Declaro que: 1) Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me sea solicitado, la información suministrada en este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. 2) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de las normas sobre hábeas data y protección de datos personales. 3) Me comprometo a informar y actualizar oportunamente cualquier cambio en mi información personal, económica y financiera. 4) Certifico que la información suministrada en el presente documento es veraz, completa y verificable.





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