

|                                                                                   |                                                  |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL</b> | <b>CODIGO: FINC4F</b>                      |
|                                                                                   |                                                  | <b>VERSION: 002</b>                        |
|                                                                                   |                                                  | <b>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021</b> |

|               |                |                          |
|---------------|----------------|--------------------------|
| <b>Ciudad</b> | <b>Oficina</b> | <b>Fecha Vinculación</b> |
| santa marta   |                |                          |

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|                                                         |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   |                                           |                                    |                                       |                                       |                                            |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> LUIS RAMON VASQUEZ RODRIGUEZ |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | <b>Sexo</b>                               |                                    |                                       |                                       |                                            |
|                                                         |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | <input type="checkbox"/> M                | <input type="checkbox"/> F         | <input checked="" type="checkbox"/> X |                                       |                                            |
| <b>Tipo de Documento</b>                                |                                     |                                     |                                   |                                | <b>Número</b>                                |                                       |                                  | <b>Expedida en</b>                   |                                   | <b>Fecha de Expedición</b>                |                                    |                                       |                                       |                                            |
| C.C.                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | C.E.                                | <input type="checkbox"/>          | T.I.                           | <input type="checkbox"/>                     | R.C.                                  | <input type="checkbox"/>         | PP                                   | <input type="checkbox"/>          | 85457620                                  | SANTA MARTA                        | 27/05/1988                            |                                       |                                            |
| <b>Estado Civil (Seleccione)</b>                        |                                     |                                     |                                   |                                | <b>Nivel educativo</b>                       |                                       |                                  |                                      | <b>No. Personas a cargo</b>       | <b>Tipo de Vivienda</b>                   |                                    | <b>Zona Ubicación</b>                 |                                       |                                            |
| <input type="checkbox"/> Soltero                        | <input type="checkbox"/> Casado     | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> U. libre | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Primaria            | <input type="checkbox"/> Bachiller    | <input type="checkbox"/> Técnico | <input type="checkbox"/> Universidad |                                   | <input type="checkbox"/> Propia           | <input type="checkbox"/> Arrendada | <input type="checkbox"/> Familiar     | <input type="checkbox"/> Rural        | <input checked="" type="checkbox"/> Urbano |
|                                                         |                                     |                                     |                                   |                                | <input checked="" type="checkbox"/> X        |                                       |                                  |                                      |                                   | <input checked="" type="checkbox"/> X     |                                    |                                       | <input checked="" type="checkbox"/> X |                                            |
| <b>Fecha nacimiento</b>                                 |                                     |                                     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |                                | <b>Dirección Domicilio</b>                   |                                       |                                  |                                      |                                   | <b>Municipio / Ciudad</b>                 |                                    | <b>Departamento</b>                   |                                       |                                            |
| 30                                                      | 3                                   | 1968                                | SANTA MARTA                       |                                | KRA7#4-62                                    |                                       |                                  |                                      |                                   | SANTA MARTA                               |                                    | MAGDALENA                             |                                       |                                            |
| <b>Correo Electrónico</b>                               |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | <b>No. Celular</b>                        |                                    | <b>Teléfono</b>                       |                                       |                                            |
|                                                         |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | 3044323192                                |                                    | 0                                     |                                       |                                            |
| <b>Ocupación (Seleccione)</b>                           |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | <b>Actividad Principal CIU Estudiante</b> |                                    |                                       |                                       |                                            |
| <input type="checkbox"/> Independiente                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> Empleado | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Hogar   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> Jubilado | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              |                                       |                                            |
| <b>Detalle Actividad Económica</b>                      |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   | <b>8</b>                                  | <b>6</b>                           | <b>1</b>                              | <b>0</b>                              |                                            |
| <b>Descripción del CIU</b>                              |                                     |                                     |                                   |                                |                                              |                                       |                                  |                                      |                                   |                                           |                                    |                                       |                                       |                                            |

**1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD**

|                                                    |                          |               |
|----------------------------------------------------|--------------------------|---------------|
| <b>Nombres y Apellidos del Representante Legal</b> | <b>Tipo de Documento</b> | <b>Número</b> |
|                                                    | C.C.                     | P.P.          |

**2. DATOS LABORALES**

|                                                                                               |                                  |                                       |                                  |                                |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| <b>Nombre de la Empresa o Negocio</b>                                                         | <b>Tipo de Empresa o Negocio</b> |                                       |                                  |                                | <b>Cargo</b>        |
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE                                         | <input type="checkbox"/> Publica | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Mixta | Otra, cual?         |
|                                                                                               |                                  |                                       |                                  |                                | ENFERMERA           |
| <b>Dirección de empresa o negocio</b>                                                         |                                  |                                       | <b>Ciudad</b>                    | <b>Barrio</b>                  | <b>No. Teléfono</b> |
| CRA 14 No 23-42 ALCAZARES                                                                     |                                  |                                       | SANTA MARTA                      | ALCAZARES                      | 4346262             |
| <b>Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?</b>                                 |                                  |                                       |                                  |                                |                     |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X |                                  |                                       |                                  |                                |                     |

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

|                                                                                                                                                                   |             |                                |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Total Ingresos Mensuales</b>                                                                                                                                   | \$1,900,000 | <b>Total Egresos mensuales</b> | \$1,900,000                                                                                   |
| <b>Otros Ingresos Mensuales</b>                                                                                                                                   |             | <b>Otros Egresos Mensuales</b> |                                                                                               |
| <b>Total Activos</b>                                                                                                                                              |             | <b>Total Pasivos</b>           |                                                                                               |
| <b>Mes y año de corte de la Información financiera suministrada</b>                                                                                               | Mes 12      | <b>Año 2024</b>                |                                                                                               |
| <b>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?</b> |             | <b>Es declarante?</b>          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X |
| <b>Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?</b>                                                                                                        |             |                                |                                                                                               |
| <b>Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI TRABAJO</b>                                             |             |                                |                                                                                               |

**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: DE MITRABAJO 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 mercado, 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 consignen 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.

|                                                                                      |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| <b>5. FIRMA Y HUELLA</b>                                                             |                                                                                       |

**Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo (amos):**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Oficial de cumplimiento**









CASTRO DE LA HOZ CLAUDIA PATRICIA  
MARTINEZ MORA CRISTINA PAOLA  
PUERTA MORALES YEINNY ANDREA  
ALZATE LANCHEZ KATHERIN PAOLA  
TORREGROSA FAJARDO MERLYS  
RODRIGUEZ ATEHORTUA HILDA CECILIA  
PARRA LABASTIDAS ANABELL DEL ROSARIO  
TAMAYO PACHECO GABRIELA SOFIA  
TORRIJO CARRILLO DANIELA ISABEL  
HENRIQUEZ ROJAS MARINELA  
BORRE LINERO LILIBETH  
VILLALBA FERNANDEZ DANIELA ALEJANDRA  
ALCAZAR BOZON ANA MILENA  
VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO  
LOPEZ SALCEDO DAYANA MARCELA  
ARIAS GARCIA KAREN LAURA  
CONDE RIBON DANIELA CAROLINA  
RAMIREZ TORO DANNA PAOLA  
MENA BORJA DIANA CAROLINA  
NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA  
QUINTERO LARA KATY LUZ  
PERTUZ CASTILLO KIARYS JULIETH  
ESTRADA GRANADOS MAITE ELENA  
DE SALAS SARMIENTO MARIA ANGELICA  
JIMENEZ TORRES MARLON ENRIQUE  
FLOREZ ZULUAGA PAOLAANDREA  
ARISMENDY BAUTISTA YOLANDA  
ARIZA ALVAREZ ALIANTONIO  
MENDOZA CASTRO AMARILLYS ESTHER  
MINDIOLA PEREZ ANUAR JESUS  
DIAZTAGLE FERNANDEZ CLAUDIA DE JESUS  
OLIVEROS RODRIGUEZ DAINYS  
CHAVES MARTINEZ DINEYIS MARIA  
ORTEGA MEJIA ERIKA PATRICIA  
REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO  
DIAGO GOMEZ ALEJANDRA MARIA  
RAMIREZ NAVARRO LOLY ANDREA  
SEQUEDAS MOSQUERA TARIN DARIANA  
PEREZ DE LA HOZ YUDIS LIZETH

BUENAS TARDES EL PERSONAL QUE ACONTINUACION SE RELACIONA SE SOLICITA EN LA OFICINA DE ENF

[Luis2503@](#)

ERMERIA PAR LA FIRMA DE SU ACTA DE INICIO URGENTE