

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos GERALDINE ISABEL RACINES NUÑEZ										Sexo M ☐ F ☐ X ☒			
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 1004360752				Expedida en SANTA MARTA, MAGDALENA		Fecha de Expedición 6/11/2020			
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐				No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒			
Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒													
Fecha nacimiento 22 / 10 / 2002		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio CARRERA 19 CALLE 29C 389				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico NGERALDINE511@GMAIL.COM								No. Celular 3186005675		Telefono			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☒ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐												Actividad Principal CIU	
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU					

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 Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo			
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI ☐ NO ☐	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales				Total Egresos mensuales			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministré Mes				Año			
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Público?				SI ☐ NO ☐			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

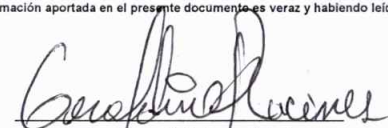
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 mercados, 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 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

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