

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN:

Ciudad santa marta	Oficina Hospital	Fecha Vinculación 09-02-2024
-----------------------	---------------------	---------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Nardysre Cecilia Becerra Rodríguez										Sexo M ☐ F ☐ X ☒		
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1090642335		Bucaramanga		26-09-2005		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐						Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐				Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☐ Rural ☐ Urbano ☐		
Fecha nacimiento 29/6/1987						Lugar de Nacimiento Bucaramanga				Dirección Domicilio K221A calle 29K3		
Municipio / Ciudad SANTA MARTA						Departamento MAGDALENA		Correo Electrónico HELENBECERRA67@GMAIL.COM				
No. Celular 3156756084						Telefono		Actividad Principal CIU				
Ocupación (Seleccione)						Detalle Actividad Económica		Descripción del CIU				
Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐												

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 Alcaldía distrital	Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?				Cargo Contratista
Dirección de empresa o negocio CU 14-2-49	Ciudad Santa Marta		Barrio Alcalidia		No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

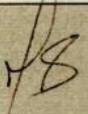
Total Ingresos Mensuales 4.200.000	Total Egresos mensuales 0
Otros Ingresos Mensuales 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 0	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes: Año:	Es declarante? SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO	
Declaro que soy persona políticamente 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 efectúare 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 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

	
---	---

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