E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**	CODIGO: FINC4F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

JACQUELINE POSADA MONROY														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento								Número		Expedida en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36,666,278		Santa Marta				10/31/1994	
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano	
X								X			1		X			X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
08	07	1975	Bogota			Carrera 25 N. 15-18						Santa Marta			Magdalena		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono		
jacquelineposada@hotmail.com												3024118324					
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		Menor de edad		7	4	9	0		
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU									
Apoyo Administrativo en admisiones, autorizaciones y/o facturacion								Otras actividades profesionales, cientificas y técnicas n.c.p.									

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número
	C.C.		C.E.		P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo			
hospital Universitario Julio Mendez B.	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	APOYO ADMINISTRATIVO ADMISION			
Dirección de empresa o negocio	Ciudad							Barrio		No. Teléfono	
Carrera 14 N. 23 -42	Santa Marta							Alcazares		4346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $1.900.000			Total Egresos mensules $1.200.000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos $0			Total Pasivos $0				
Mes y año de corte de la información financiera suministr	Mes Septiembre	Año 2020	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?

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:

salario como contratista en el hospital universitario Julio Mendez Barreneche

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellic	Heyder Jimenez Banderas		Dirección	Manzana 32 casa 21 Urb Andrea Carolina		Teléfono	3008427169
Familiar	Nombres y Apellic	Sandra Yaneth Posada Monroy	Dirección	Carrera 28 A No. 14 -72, Barrio el Reposo		Teléfono	3016061274	Parentesco Hermana

5. 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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable 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 xxxx, 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 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por xxxx. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a xxxx 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) xxxx 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.

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y Estudiantes	Independiente Obligados a declarar renta	Independiente No obligados	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjeria para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

7. 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):



Firma Solicitante o Representante Legal

Huella Indice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha						Hora			
	aa		mes		día		a.m.			
Resultado	Aceptado				Rechazado					
Observaciones										

Nombre y firma Asesor oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa [ ] me [ ] día	a.m. [ ] p.m. [ ]	
Nombre de la persona que atendió		**Parentesco**
Confirmación de la dirección		**SI** [ ] **NO** [ ]
Aceptado [ ] **Rechazado** [ ]	**Observaciones**	
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina