

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FVNCAT VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina		Fecha Vinculación	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos LUZ DARY LEMUS PULIDO					Sexo M ☐ F ☐ X ☒
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 39.048.949		Expedida en SANTA MARTA	
Fecha de Expedición 16/02/1998					
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒		No. Personas a cargo 2	
Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Amilla ☐ Rural ☐ Urbano ☒					
Fecha nacimiento 1 1 1980		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio CALLE 37 # 12-27 MARIA EUGENIA	
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico KEVINHONATANNAVARRO@GMAIL.COM		No. Celular 3103280332		Teléfono 0	
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO			
Detalle de actividad Económica ENFERMERA		Descripción del CIU ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO			
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐		Número	
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio H.U.J.M.B		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo ENFERMERA	
Dirección de empresa o negocio CRA 14 # 23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZAREZ	
No. Teléfono 4346262		Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI ☐ NO ☒			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales \$3.100.000		Total Egresos mensuales \$1.500.000,00			
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos:		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera s 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? NO					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de		SERVICIOS PROFESIONALES			
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: CONTRATACION POR PRESTACION DE SERVICIOS y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuente(s) efectúan 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, copiar, 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 mí 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 derivadas 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.					
<div style="text-align: center;">  </div>					
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					