

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC47 VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
---	--	--

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Andrea carolina peres moro		Sexo M ☐ F ☒
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ R.E. ☐		Expedido en Santa Marta
Número 1083019133		Fecha de Expedición
Estado Civil (Selección) ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo		
Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad		
Tipo de Vivienda ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Amilla		
Zona Ubicación ☐ Rural ☒ Urbano		
Fecha nacimiento 2 12 1994	Lugar de Nacimiento Santa Marta	No. Personas a cargo 0
Dirección Domicilio calle 7a # 13-38		Municipio / Ciudad Santa Marta
Correo Electrónico andracarolys@hotmail.com		Departamento Magdalena
No. Celular 3104504053		Telefono
Ocupación (Selección) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado		
Actividad Principal CIIU Enfermera		
Detalle Actividad Económica Actividad de Apoyo terapéutico		

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

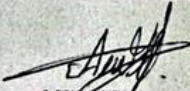
Nombre de la Empresa o Negocio HMB	Tipo de Empresa o Negocio ☐ Pública ☒ Privada ☐ Mixta		Cargo Enfermera
Dirección de empresa o negocio CVA AA # 23-92	Ciudad Santa Marta	Barrio Alcazar	No. Teléfono 4346261
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI ☐ NO ☒			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.900.000	Total Egresos mensuales 2.900.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes	Año
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? SI ☐ 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: NO	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que los ingresos y/o fondos que a su vez se han generado en las actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: **trabajos de enfermería** y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan 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, 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 preestablecido 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 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 a su solicitud.


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