HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	4-ago-17

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP	36,452,580	FUNDACION	17-abr-97

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			5	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
21	10	1978	FUNDACION	CARRERA 15 B #24C44	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
SALVADORA1978@HOTMAIL.COM	300.312.84.41	NO

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		Menor de edad		8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	CUI DAD SALU HUM

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
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 N 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365006

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2,100,000	Total Egresos mensules 2,000,000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministr Mes / Año	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? NO

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:
NO

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellic	ROMINA AVENDAÑO	Direcció	MAMATOCO	Teléfono	301 764 63 31	
Familiar	Nombres y Apellic	LINA MONTERO	Direcció	CALLE19 N19-35	Teléfono	NO	Parentesco SOBRINA

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: _____ MI EMPLEO _____ 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 Proteccion 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			

Scanned with CamScanner

Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cedula 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):

Salvadora

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 dia	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

Scanned with CamScanner