

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
JUDITH BORJA FONTALVO		☒ F ☐ M	
Tipo de Documento		Número	Expedida en
C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐		36 697 513	SANTA MARTA
Fecha de Expedición		24/06/1999	
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo	No Personas a cargo
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☒ U. libre ☐ Viudo		☐ Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad	2
Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐ Rural ☒ Urbano			
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio
15/11/1979		REMOLINO	CALLE 29K5 # 21C-08
Municipio / Ciudad		Departamento	
SANTA MARTA		MAGD.	
Correo Electrónico		No Celular	
MARE121529@HOTMAIL.COM		3205129184 4367153	
Actividad Principal CIIU		Actividad Principal CIIU	
☐ Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado		8 6 9 2	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIIU	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO	
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	Tipo de Empresa o Negocio		Cargo
H. U. J. M. B.	☒ Publica ☐ Privada ☐ Mixta	Otra, cual?	AUX. ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No Teléfono
CALLE 23 CRA 14 # 23-42	STA. MARTA	LOS ALCAZARES	4346162
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI	NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

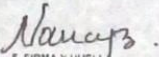
Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos Mensuales	1.800.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes	Año	Es declarante?	SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			

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:
ESFUERZO DE MI TRABAJO

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:
efectúan transacciones con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúan transacciones destinadas a fines 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 Acreditado, para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente 2) Reportar, analizar, actualizar, consultar, procesar, compartir, intercambiar, autorizar, graficar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera de cualquier titular, Centros 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 realice 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 preceptado en la ley de habilitación y de protección de datos personales. La entidad asegura que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se categorizará 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 esta formulación, y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a consultar, 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 revelar mi información personal 3) Cederé mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habilitación 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.


S. 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