

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ISEL CAROLINA VILLA ARAGON												Sexo M ☐ F ☒ X ☐					
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.124.415.794			MANAURE - GUAJIRA			22/07/2016					
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viuado		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	3		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano	
X									X				X			X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento				
17			04			1998			MAICAO - GUAJIRA			KRA 15 # 25-25			SANTA MARTA		
Correo Electrónico ISELVILLA017@HOTMAIL.COM												No. Celular		Teléfono			
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	9	2		
Detalle Actividad Económica TECNICO ADMINISTRATIVO										Descripción del CIU GESTOR DE AUTORIZACIONES							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio				Tipo de Empresa o Negocio				Cargo			
ESE HOSPITAL UNIV. JULIO MENDEZ B.				Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cuál?	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
CARRERA 14 NO. 23 - 42				SANTA MARTA				ALCAZARES		605 436 5007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

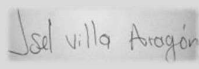
Total Ingresos Mensuales				19000000				Total Egresos mensuales				18000000			
Otros Ingresos Mensuales				0				Otros Egresos Mensuales				0			
Total Activos				0				Total Pasivos							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes 12 Año 2022				Es declarante?				SI	NO	X	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? SOY SERVIDORA PUBLICA, SIN MANEJO DE RECURSOS NI GRADO DE PODER															
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: PROFESION															

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:
 _____ 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 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, 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 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 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 derivados 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.

 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): <div style="border-top: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		