

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

Ciudad	Oficina	1
--------	---------	---

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Ferlyz Beltrán Cordero										Sexo	
										M	F
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	39000895			Banco Ayudaluma 12 de Agosto 1981		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo			Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viuado	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familia
	X						X				X
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento	
10 de 1988		Palmira (Bolí)		Calle 3042a 76 e. 9 el pando Santa Marta				Mayadulana			
Correo Electrónico						No. Celular			Teléfono		
yamabe2006@hotmail.com						3206405055					
Ocupación (Seleccione)						Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado						
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU					

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	
HUSAB		Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Kra 14 # 23-42		Santa Marta		Los Alcazares		346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$ 1.500.000	Total Egresos mensuales	1.200.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	\$ 1.500.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	Es declarante?	SI NO X
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?			
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:			
Auxiliar de Enfermería			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

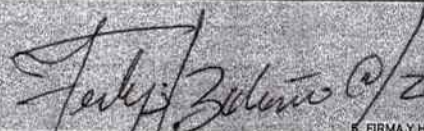
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

Prestación de Servicios

terceros con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré 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 financiero 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 mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes 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 derivadas de la ley de Haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

	
---	---

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
--