

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad Santa Marta	Oficina 	1
------------------------------	-------------	---

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Jennifer Andrea Noguera Palacio										Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 1.082.907.792				Expedida en Santa Marta		Fecha de Expedición 	
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				No. Personas a cargo 2		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒	
Fecha nacimiento 20/02/1988				Lugar de Nacimiento Santa Marta				Dirección Domicilio Calle 5-50 Pexento		Municipio / Ciudad Santa Marta Magdalena	
Correo Electrónico jennifer.l.janp@gmail.com				No. Celular 3128836097				Teléfono 			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐				Actividad Principal CIU 							
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 C.C. ☐ P.P. ☐				Número 			
---	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio 		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo 	
Dirección de empresa o negocio 		Ciudad 		Barrio 		No. Teléfono 	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☐	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 				Total Egresos mensuales 			
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/u 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:							

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 efectúe 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 derivadas de la ley de Habeas 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