

 HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo	
Diana Contreras Davila										M	F
Tipo de Documento										Fecha de Expedición	
57-296-023										05-11012001	
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.	PP	Número		Expedida en				
X					57-296-023		Santa Marta				
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	4	Propia	Arrendada
	X					X				X	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento	
21 05 1983		Santa Marta		Fra 12 # 35-44				Santa Marta		Magdalena	
Correo Electrónico										No. Celular	
Diana Contreras Davila@hotmail.com										3004447605	
Actividad Principal CIU										Telefono	
3046695285											
Ocupación (Seleccione)											
Estudiante	Independiente	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	
	Pública	Privada	Mixta	Otra, cual?		
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 publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?					
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:

Diana Contreras Davila 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 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 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

	
---	---