

	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	X
Tipo de Documento			Número			Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	57296023		SANTA MARTA		05/10/2001		
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero					Primaria			0		Propia		
Casado					Bachiller					Arrendada		
Divorciado					Técnico					Familia		
U. libre					Universidad					Rural		
Viudo										Urbano		
X					X					X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento	
21			5			1983			SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico						No. Celular			Telefono			
DIANACDAVILA@HOTMAIL.COM						3004447605						
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante												
Independiente												
Empleado												
X												
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			
		Publica				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 Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?							
NO							
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?							
NO							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:							
Tecnico en asistencia administrativa							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

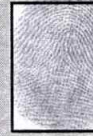
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: por la prestación de servicio como tecnico administrativo y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare 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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento