

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																						
Nombres y Apellidos: FLORELVA BOLAÑO PELAEZ												Sexo										
												M	F	X								
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición										
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		36.696.522			SANTA MARTA			11-Mar-99						
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación							
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano						
				X				X						X		X						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento							
14			1			1981			SANTA MARTA			CALLE 9 # 16 C 26 LOS ALMENDROS						SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono							
ADRIANANDRES2008@HOTMAIL.COM												3016026798			NINGUNO							
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU										
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	2							
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU														
AUXILIAR DE ENFERMERIA								APOYO DE ACTIVIDAD TERAPEUTICA														

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				
HUJMB			Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?					
Dirección de empresa o negocio								Ciudad			Barrio		No. Teléfono	
CRA 14 # 23 - 42								SANTA MARTA			LOS ALCAZARES		6054365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA															
Total Ingresos Mensuales: \$ 2.100.000								Total Egresos mensules \$ 2.100.000							
Otros Ingresos Mensules								Otros Egresos Mensuales							
Total Activos \$ 2.100.000								Total Pasivos							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes	Año			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 SERVIDOR PUBLICO PERO NO MANEJO RECURSOS POLITICOS															
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?															
NO SOY PERSONA POLITICAMNETE EXPUESTA															
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:															
DECLARO MI SUELDO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA															

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: DECLARO MI ACTIVIDAD LABORAL COMO ENFERMERIA 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 efecture 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 consignan 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														

<div></div> <div></div>														
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></div> <div></div> <div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>														