

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO FINCAF VERSION 002 FECHA DE ULTIM REVISION 10/12/2021	
Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos NICOLE MARIA SALCEDO MORENO					Sexo M ☐ F ☐ X ☐
Tipo de Documento		Número		Fecha de Expedición	
C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐	1.082.839.751		SANTA MARTA		26/04/2022
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo		Tipo de Vivienda	
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐	Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☐		Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☐		Zona Ubicación
X	X		X		X
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio	
26/04/2004		SANTA MARTA		CALLE 11C # 198-28	
Correo Electrónico		Municipio / Ciudad		Departamento	
NICOLESALCEDOMORENO@GMAIL.COM		SANTA MARTA		MAGDALENA	
Ocupación (Seleccione)		No. Personas a cargo		No. Celular	
Estudiante ☐ Independiente ☐ X Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐	0		3194681557		Telefono
Actividad Principal CIU		8		6 9 2	
Descripción del CIU					
actividades de apoyo terapéutico, que incluyen las realizadas por auxiliares de enfermería.					
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? ☐		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐		NO ☐	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales		0		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		0		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos:		0		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?					
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: tecnico					
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 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 y/o datos 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					