

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	1/10/2025

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ESTEFANNY MELISSA BUELVAS FONSECA														Sexo							
														M		F	X				
Tipo de Documento								Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1.081.001.182				SANTA MARTA				23/01/2019			
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			1	X				X						
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento				
9	9	2021	SANTA MARTA				CALLE 29 F3#21B 24 BRR VILLA BELLA						SANTA MARTA			MAGDALENA					
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono							
BUELVASMELISSA@GMAIL.COM											3215904017										
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIU										
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado				8	2	9	6						
										Descripción del CIU											
										Servios 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							
Hospital Universitario Julio mendez Barreneche				Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
Dirección de empresa o negocio								Ciudad				Barrio			No. Teléfono		
Cra. 14 #23-42, Comuna 4								SANTA MARTA									
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO					

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

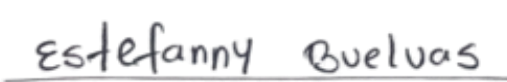
Total Ingresos Mensuales \$ 0						Total Egresos mensules \$ 0								
Otros Ingresos Mensules						Otros Egresos Mensuales								
Total Activos:						Total Pasivos								
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes	Año		Es declarante?				SI		NO	x
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?														
NO														
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?														
NO														
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:														
SI 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: Servicios de enfermería. 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 efectuare 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 Mendez 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):	
<div></div> <div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>	