

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
---	--	--

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MARYANGEL MIRANDA CUETO												Sexo M ☐ F ☐ X ☒									
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición									
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1004368039				SANTA MARTA				19/08/2021			
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					
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento					
09	08	2003	SANTA MARTA				CRA 7A #25-44 LA ESPERANZA				SANTA MARTA				MAGDALENA						
Correo Electrónico												No. Celular				Teléfono					
ANGELMIRANDACUETO@GMAIL.COM												3011473365									
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU									
Estudiante	X	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					
				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

Otros Ingresos Mensuales								Otros Egresos Mensuales							
Total Activos								Total Pasivos							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada								Ea 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?

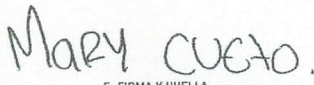
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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 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 representa 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 haberes 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 consignen 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 solicitan, 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



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