

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIRC4F
		VERSION: 002
	FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: OMAIRA LUZ DE LA ROSA										Sexo ☐ M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento C.C. ☒ X C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐			Número 57413689		Expedida en CIENAGA MAG		Fecha de Expedición 04/05/1987				
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☒				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familiar ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☐	
Fecha nacimiento 1 5 1987		Lugar de Nacimiento PUEBLO VIEJO		Dirección Domicilio MANZANA 40 CASA 17			Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		
Correo Electrónico OMAIRADELAROSA@GMAIL.COM						No. Celular 3004877042		Teléfono			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐								Actividad Principal CIU			
Detalle Actividad Económica CUIDADO DE SALUD HUMANA						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 Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐		Cargo	
Dirección de empresa o negocio CARRERA 14 NUMERO 23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES	
				No. Teléfono 4366262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000		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 Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

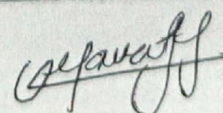
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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 efectuara 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 cumplimiento 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 derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

 S. 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
--