



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FNC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad
SANTA MARTA

Oficina

Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

LUIZA FERNANDA TOVAR ALVAREZ

Sexo

M

F

X

Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.193.523.117				SANTA MARTA				16/12/2020					
Estado Civil (Selecione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo				Tipo de Vivienda				Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	3				Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
								X								X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento			
15/12/2000				ZONA BANANERA				CALLE 10 NO. 2-141 TAGANOA				SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular				Teléfono			
tovarfernandafu@fermendez@gmail.com												3177194415							
Ocupación (Selecione)												Actividad Principal CHU							
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado					8				6	9	2			
Detalle Actividad Económica												Descripción del CHU							
TECNICO EN ENFERMERIA												AJUXIAR DE ENFERMERIA							

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						
LUIZA FERNANDA TOVAR ALVAREZ		Publica	Privada	X	Mixta	Otra, cual?	AJUXIAR DE ENFERMERIA					
Dirección de empresa o negocio						Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
CALLE 10 NO. 2-141						SANTA MARTA		TAGANOA		3177194415		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		\$1.500.000		Total Egresos mensuales		\$1. 000.000		
Otros Ingresos Mensuales		0		Otros Egresos Mensuales		0		
Total Activos		0		Total Pasivos		0		
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		MES	07	Año	2022	Es declarante?		
						SI	NO	X

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?

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 propios, los depósitos que a mí(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 intransferible 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, Central 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 mercados, 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 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 reserve 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.A.

Luisa F. Tovar

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