

	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		WILFRENDY VINAS MARQUEZ		Sexo		M ☐ F ☐ X ☒	
Tipo de Documento		Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☒ X		2596444		BOGOTA D.C.		13-may-21	
Estado Civil (Seleccione)		Nivel educativo		No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		3		Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
		VENEZUELA		CALLE 29 I No. 30 B 79		SANTA MARTA	
Correo Electrónico		WILFRENDYVINASMARQUEZ@GMAIL.COM		No. Celular		3024117593	
Ocupación (Seleccione)		Actividad Principal CIIU					
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐							
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIIU			

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
NAT	Publica ☐ Privada ☒ Mixta ☐ Otra, cual?	ASESORA NATURISTA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
CARRERA 5 - 11 CENTRO	SANTA MARTA	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

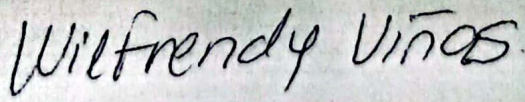
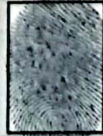
Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensuales
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante?
Mes Año	SI ☐ NO ☐
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	
Declaro que soy persona politicamente 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 efectuaré 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.

	
--	---

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