

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

Ciudad <i>Santa Marta</i>	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos <i>Dianilse Esther MORA Cantillo</i>		Sexo ☐ M ☒ F	
Tipo de Documento ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP		Número	
Estado Civil (Seleccione) <i>Union libre</i>		Nivel educativo <i>tecnico</i>	
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐		No. Personas a cargo <i>2</i>	
Fecha nacimiento <i>31 03 1967</i>		Lugar de Nacimiento <i>Calles #1505 20 de Julio 10</i>	
Correo Electrónico <i>Dianilse.mora@gmail.com</i>		Municipio / Ciudad <i>Santa Marta</i>	
Ocupación (Seleccione) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado		Zona Ubicación Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐ Rural ☐ Urbano ☒	
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 ☐ C.C. ☐ P.P	Número
---	---	--------

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio <i>H.S.B</i>	Tipo de Empresa o Negocio ☒ Publica ☒ Privada ☐ Mixta	Otra, cual?	Cargo <i>Aux. Enfermería</i>
Dirección de empresa o negocio <i>Ksa 12-12-42</i>	Ciudad <i>Santa Marta</i>	Barrio	No. Teléfono <i>4326282</i>
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 suministra Mes Año	Es declarante? ☐ 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 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 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. 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

Firma y Huella <i>Dianilse Mora 36.564637</i>	
--	---

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
--