

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos SIBELIS GARCIA GALVAN										Sexo					
										☐ M ☐ F ☒ X					
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición			
C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐				1065581568				VALLEDUPAR				20/03/1987			
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo				Tipo de Vivienda			
Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo				Primaria Bachiller Técnico Universidad								Propia Arrendada Familia Rural Urbano			
☒ X ☐				☐ ☐ ☒ X ☐				4				☒ X ☐			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			
				VALLEDUPAR				CARRERA 200#35-46				SANTA MARTA			
												MAGDALENA			
				Correo Electrónico				No. Celular				Teléfono			
				SIBELISGARCIA@GMAIL.COM				3004513400							
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU					
☐ Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleada ☒ Hogar ☐ Jubilado										☒ 8 ☐ 7 ☐ 1 ☐ 0					
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU					
SERVICIO EN SALUD ENFERMERIA										PRESTACION EN SERVICIO DE SALUD					

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
HOS. UNILILIO MENDEZ BARRENECHE	☒ Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cuaf?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
CARRERA 14-23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	NO
	☐	☒ X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000	Total Egresos mensuales 1.700.000
Otros Ingresos Mensuales 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 1.800.000	Total Pasivos 1700000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante?
Mes DICIEMBRE Año 2022	☐ SI ☒ NO ☐ X

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o 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:

SERVICIOS PRESTADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 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 la 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 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 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 obliga a actualizar los datos registrados y presentar los

	
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):