

|                                                                                   |                                                  |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL</b> | CODIGO: FINC4F                       |
|                                                                                   |                                                  | FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2021 |
|                                                                                   |                                                  | PAGINA                               |

|                              |                                                 |                          |
|------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Ciudad</b><br>SANTA MARTA | <b>Oficina</b><br>GRUPO FUNCIONAL DE ENFERMERIA | <b>Fecha Vinculación</b> |
|------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                |  |                                          |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                                            |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Nombres y Apellidos</b> SIBELIS GARCIA GALVAN                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                |  |                                          |  |                                                                                                                                           |  | <b>Sexo</b><br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |
| <b>Tipo de Documento</b><br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>                                 |  |                                          |  | <b>Número</b><br>1.065.581.568                                                                                                                                                                                    |  |                                                                |  | <b>Expedida en</b><br>VALLEDUPAR         |  |                                                                                                                                           |  | <b>Fecha de Expedición</b><br>30-03.2005                                                                   |  |  |  |
| <b>Estado Civil (Seleccione)</b><br>Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>                                  |  |                                          |  | <b>Nivel educativo</b><br>Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> |  |                                                                |  | <b>No. Personas a cargo</b><br>0         |  | <b>Tipo de Vivienda</b><br>Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> |  | <b>Zona Ubicación</b><br>Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>                    |  |  |  |
| <b>Fecha nacimiento</b><br>20 / 3 / 1987                                                                                                                                                                                                              |  | <b>Lugar de Nacimiento</b><br>VALLEDUPAR |  | <b>Dirección Domicilio</b><br>CARRERA 20D#35-46 LA LUCHA                                                                                                                                                          |  |                                                                |  | <b>Municipio / Ciudad</b><br>SANTA MARTA |  | <b>Departamento</b><br>MAGDALENA                                                                                                          |  |                                                                                                            |  |  |  |
| <b>Correo Electrónico</b><br><a href="mailto:SIBELISGARCIA@GMAIL.COM">SIBELISGARCIA@GMAIL.COM</a>                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                |  |                                          |  | <b>No. Celular</b><br>3004513400                                                                                                          |  | <b>Teléfono</b>                                                                                            |  |  |  |
| <b>Ocupación (Seleccione)</b><br>Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                |  |                                          |  | <b>Actividad Principal CIU</b><br>8 / 6 / 9 / 2                                                                                           |  |                                                                                                            |  |  |  |
| <b>Detalle Actividad Económica</b><br>SERVICIO DE SALUD ENFERMERIA                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Descripción del CIU</b><br>ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO |  |                                          |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                                            |  |  |  |

**1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD**

|                                                    |  |  |  |                                                                                                                       |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|
| <b>Nombres y Apellidos del Representante Legal</b> |  |  |  | <b>Tipo de Documento</b><br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> |  |  |  | <b>Número</b> |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|

**2. DATOS LABORALES**

|                                                               |  |                                                                                                                                                             |  |                              |  |                                        |  |                                                                    |  |                                |  |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>Nombre de la Empresa o Negocio</b><br>HUJM                 |  | <b>Tipo de Empresa o Negocio</b><br>Publica <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra, cual? |  |                              |  | <b>Cargo</b><br>AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |                                                                    |  |                                |  |
| <b>Dirección de empresa o negocio</b><br>CARRERA 14#23-42     |  |                                                                                                                                                             |  | <b>Ciudad</b><br>SANTA MARTA |  |                                        |  | <b>Barrio</b><br>ALCAZARES                                         |  | <b>No. Teléfono</b><br>4346262 |  |
| <b>Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?</b> |  |                                                                                                                                                             |  |                              |  |                                        |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                |  |

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

|                                                                                                                                                                   |  |            |  |                                          |  |                       |  |                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Total Ingresos Mensuales</b> \$2.100.000                                                                                                                       |  |            |  | <b>Total Egresos mensuales</b> \$1700000 |  |                       |  |                                                                    |  |
| <b>Otros Ingresos Mensuales</b> \$0                                                                                                                               |  |            |  | <b>Otros Egresos Mensuales</b>           |  |                       |  |                                                                    |  |
| <b>Total Activos</b> \$2.100.000                                                                                                                                  |  |            |  | <b>Total Pasivos</b> 400000              |  |                       |  |                                                                    |  |
| <b>Mes y año de corte de la información financiera suministrada</b>                                                                                               |  | <b>Mes</b> |  | <b>Año</b>                               |  | <b>Es declarante?</b> |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <b>Es servidor Público? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?</b> |  |            |  |                                          |  |                       |  |                                                                    |  |
| <b>Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?</b>                                                                                                        |  |            |  |                                          |  |                       |  |                                                                    |  |
| <b>Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:</b><br>SERVICIOS PRESTADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA     |  |            |  |                                          |  |                       |  |                                                                    |  |

**4. REFERENCIAS**

|                 |                                              |                                       |                               |
|-----------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Personal</b> | <b>Nombres y Apellido</b><br>NAYETH VILLEGAS | <b>Dirección</b><br>EL MAYOR          | <b>Teléfono</b><br>3186686224 |
| <b>Familiar</b> | <b>Nombres y Apellido</b><br>WILSON VILLAR   | <b>Dirección</b><br>CARRERA 20D 35.46 | <b>Teléfono</b><br>3045538455 |

**5. 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: SON PRODUCTO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA MENCIONADA 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 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 xxxx, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, 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 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 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por xxxx. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a xxxx 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) xxxx 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

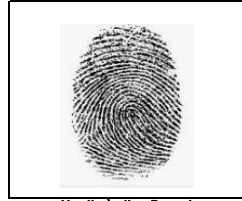
## 6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

| DOCUMENTO                                                                                               | Empleados y Pensionados | Hogar | Menor de edad y Estudiantes | Independiente Obligados a declarar renta | Independiente No obligados | PEPS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|-----------------------------|------------------------------------------|----------------------------|------|
| Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado                               | X                       | X     | X                           | X                                        | X                          | X    |
| Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años) | X                       | X     | X                           | X                                        | X                          | X    |
| Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)                                                         |                         |       | X                           |                                          |                            |      |
| Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)                                                 |                         |       | X                           |                                          |                            |      |
| Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene                  |                         |       |                             |                                          |                            | X    |

## 7. 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):

*Sibelti García Galdón*  
Firma Solicitante o Representante Legal



Huella Índice Derecho

## 8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

|                               |          |  |     |  |     |           |      |  |
|-------------------------------|----------|--|-----|--|-----|-----------|------|--|
| Lugar                         | Fecha    |  |     |  |     | Hora      |      |  |
|                               | aa       |  | mes |  | día |           | a.m. |  |
| Resultado                     | Aceptado |  |     |  |     | Rechazado |      |  |
| Observaciones                 |          |  |     |  |     |           |      |  |
| Nombre y firma Asesor oficina |          |  |     |  |     |           |      |  |

## 9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

|                                            |    |           |      |               |    |
|--------------------------------------------|----|-----------|------|---------------|----|
| Fecha                                      |    | Hora      |      | Teléfono      |    |
| aa                                         | me | día       | a.m. | p.m.          |    |
| Nombre de la persona que atendió           |    |           |      | Parentesco    |    |
| Confirmación de la dirección               |    |           |      | SI            | NO |
| Aceptado                                   |    | Rechazado |      | Observaciones |    |
| Nombre y firma Asesor oficina que verifica |    |           |      |               |    |

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina