E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020
		PAGINA

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GRUPO FUNCIONAL PSIQUIATRIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

CLARENA LEONOR ARAGON DAZA																Sexo			
																M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	39,096,676			PLATO				26/11/96			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo						No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado			Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
X								X					X						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion de Domicilio							Municipio / Ciudad			Departamento			
13	8	1977	PLATO			PARQUES DE BOLIVAR ETAPA 3							SANTA MARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico													No. Celular			Telefono			
yajud1377@hotmail.com													3022386254			6054346262			
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado		Menor de edad									
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU										
AUXILIAR DE ENFERMERIA									AUXILIAR 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.		C.E.		P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo	
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
KRA 14 No. 23-42				SANTA MARTA		LOS ALCAZERES		6054365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,500,000			Total Egresos mensules 1,500,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

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?

SI

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

NO

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellido	DODANYS PEREZ	Dirección	MANZANA J CASA 10 URBANIZACION VILLAS DE ALEJANDRIA	Teléfono	3046658139		
Familiar	Nombres y Apellido	LUZ MERY HERRERA	Dirección	BARRIO LOS FAROLES	Teléfono	3004375419	Parentesco	HERMANA

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: _____ 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 efectuare 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 consignan 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

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	nte No obligados a declarar	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):

Yaneth Herrera P.
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 mes 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