

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DEISY MARIANO MATTOS														Sexo							
														M		F	X				
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		36559166				SANTA MARTA				30/04/1985			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación							
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Uni ersidad	Propia		Arrendada	Famili	Rural	Urban							
	X						X		1	X				X							
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domici io				Municipio / Ciudad			Departamento								
19	06	1964	SANTA MARTA			MANZANA 13 CASA 1				SANTA MARTA			MAGDALENA								
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono								
ROMINA4454@HOTMAIL.COM										302.2380208											
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU											
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	1	0							
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU													
								CUI DADO DE SAL UD HU MA NO													

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				
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección de empresa o negocio							Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
CARRERA 14 # 23-42							SANTA MARTA		ALCAZARES		4365006	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?									SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.600.000				Total Egresos mensules 2.000.000					
Otros Ingresos Mensules				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes 02	Año 2026	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?									
NO									
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:									
MI TRABAJO COMO ENFERMERA									

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:

MI EMPLEO

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 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.

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

DEISY MARIANO MATTOS

IDENTIFICACION

IDENTIFICACION



IDENTIFICACION