

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FND07
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos BERTA JESMIL OLIVELLA ERREER													Sexo																
													MI	FF	XX														
Tipo de Documento						Número				Expedida en			Fecha de Expedición																
C.C.	X	C.E	T.J	R.C	PP	38554985				SANTA MARTA			26/10/1983																
Estado Civil (Selecciones)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación														
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		Carga		Propia		Alquilada		Empleada		Rural		Urbano	
						X										X						X							
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad				Departamento											
6				4				1964				VALLEDUPAR - CESAR						SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico													No. Celular				Telefono												
BEYECOL@HOTMAIL.COM													3004554761																
Ocupación (Selecciones)													Actividad Principal CIU																
Estudiante				Independiente				Empleado		X		Hogar				Jubilado						8		6		9		22	
Detalle Actividad Económica													Descripción del CIU																
Actividades de apoyo terapéutico													Actividades de apoyo terapéutico																

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													
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica		X		Privada				Mixta				Otra, cual?		ENFERMERA					
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio				No. Teléfono					
CARRERA 14 # 23-42										SANTA MARTA				ALCAZARESA				4346262					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO		X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales				3.600.000				Total Egresos mensuales		2.200.000													
Otros Ingresos Mensuales								Otros Egresos Mensuales															
Total Activos								Total Pasivos															
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes		05		Año		2026		Es declarante?				SI				NO		X	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o si esta al servicio de un poder público o goza de reconocimiento Público?																							
NO																							
Declaro que soy persona políticamente expuesta (PEP)?																							
NO																							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado, proviene de:																							
PRESTACION DE SERVICIOS																							

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 efectuar 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 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 Mendez barreneche S.A.

		
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 constata la firma (amos):		
<div></div>		
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		