

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Grupo Funcional Empmt	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
Carmen Leonor Fawcett Ruiz		M ☐ F ☒	
Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐	36-554-068	Santa Marta	nov-06/1984
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	
No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
2		Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐	
Zona Ubicación		Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	
30/11/1964	Santa Marta	Manzanillo I - con 10. - Str. Lucir	
Municipio / Ciudad		Departamento	
Santa Marta		Magdalena	
Correo Electrónico		No. Celular	
Carmen F3011@hotmail.com		3014631409	
Teléfono		437673	
Ocupación (Selección)		Actividad Principal CIU	
Estudiante ☒ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐		8 6 9 12	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIU	
Auxiliar de enfermería		actividad 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 U-J M-RS	Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Auxiliar de enfermería	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	Santa Marta	Alvaros	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐	NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$ 1.800.000	Total Egresos mensuales	\$ 1.800.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	\$ 1.800.000	Total Pasivos	\$ 1.800.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	Es declarante?	SI ☐ NO ☒
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 políticamente expuesta PEP?			
no			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
Mi Empleo.			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de los fondos y/o los recursos 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 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 que suministre 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 financiero 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 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 cancelar, 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 revelar mi información personal.

3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales.

4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A.