

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHADEULTIMREVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos IDALBIS LEONOR CREUS MARTINEZ														Sexo					
														M		F	X		
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E	T.J	RC	PP	36560482				SANTA MARTA				25-oct-85					
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación				
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano				
			X				X				X				X				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento				
3			ENERO			1965			SANTA MARTA			CARRERA 16E N 7 A 51 ALMENDROS			SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono				
idalbiscreus65@gmail.com												3002772047							
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU							
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	2				
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU											
AUXI LIA R DE ENF E RM ER IA								ACTI VIDAD ES DE APO YO TER APEU TIC O											

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		4365007		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?									SI			NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales% 2.600.000				Total Egresos mensules 2.000.000									
Otros Ingresos Mensules				Otros Egresos Mensuales									
Total Activos 1,800,000				Total Pasivos 1,800,000									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes12	Año 2026	Es declarante?					SI		NO	X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o 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:													
DEL EJERCICIO DE MI PROFESION													

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1.Declaro que el origen de bienes/ 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 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 repr esente 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.

<div>Idalbis Creus Martinez</div> <div>5. FIRMA Y HUELLA</div>	
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):	
<div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>	