



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINCAF

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad

Oficina

Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos

Keyris Michelle Arvilla Cera.

Sexo

M ☐ F ☒

Tipo de Documento

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐

Número

108285334

Expedida en

Santa Marta

Fecha de Expedición

03-02-2005

Estado Civil (Seleccione)

Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐

Nivel educativo

Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐

No. Personas a cargo

3

Tipo de Vivienda

Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒

Zona Ubicación

Rural ☐ Urbano ☒

Fecha nacimiento

09/10/1986

Lugar de Nacimiento

Baranquilla

Dirección Domicilio

H3 31 Casa 24 Nueva Andrea C

Municipio / Ciudad

Santa Marta

Departamento

Correo Electrónico

Keyris86@gmail.com

No. Celular

3052661536

Teléfono

Estudiante ☐Independiente ☐Empleado ☒

Ocupación (Seleccione)

Hogar ☐Jubilado ☐

Actividad Principal CIU

Detalle Actividad Económica

Descripción del CIU

1.1. USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal

Tipo de Documento

C.C. ☐P.P. ☐

Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio

Tipo de Empresa o Negocio

Pública ☐Privada ☐Mixta ☐

Otra, cual?

Cargo

Dirección de empresa o negocio

Ciudad

Barrio

No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?

SI ☐NO ☐

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales

Otros Ingresos Mensuales

Total Activos

Total Egresos mensuales

Otros Egresos Mensuales

Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministrada

Mes

Año

Es declarante?

SI ☐NO ☐

Es servidor Público? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

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:

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 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 consignen 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, 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 revelar 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 Méndez Barreneche S.A.

5. FIRMA Y HUELLA

Keyris Michelle Arvilla Cera.



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):

Nombre y Firma fiscal de cumplimiento