

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	Fecha Vinculación
------------------------------	--	--------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ELIANA MARGARITA VAZQUEZ BARROS										Sexo M ☐ F ☐ X ☒		
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	57.297.425			SANTA MARTA			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo			Fecha de Expedición			
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐	Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒			No. Personas a cargo ☐ 1 ☒			Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒ Rural ☐ Urbano ☐						Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			
27 10 1983						SANTA MARTA			MANZANA 51CH6 PANDO			
Correo Electrónico						No. Celular			Telefono			
Elianavarquezbarros16@hotmail.com						313.5913329						
Ocupación (Seleccione)						Actividad Principal CIU						
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒	Hogar ☐ Jubilado ☐			8 6 9 2								
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU						
PROFESIONAL EN ENFERMERIA						ENFERMERA						

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 ☐ Privada ☐ X ☒ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	ENFERMERA JEFE
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
CARRERA 14 No. 23 - 42	SANTA MARTA	ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

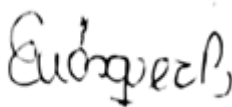
Total Ingresos Mensuales	3.70000	Total Egresos mensuales	2300000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	(	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 02 Año 2026	Es declarante?	SI ☐ NO ☒
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?			
HE SIDO SERVIDORA PUBLICA, SIN MANEJO DE RECURSOS NI GRADO DE PODER			
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:			
EJERCICIO PROFESIONAL			

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 efectúe 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 consignarán 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 Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

	
Escaneado con CamScanner	
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 constancia firmo (amos):	
_____ Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	