

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FINC4F
			VERSION: 002
			FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ANA JULIETH RUA MANJARRES												Sexo																	
												M	F	X															
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																	
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1082917637				SANTA MARTA				23/07/2008															
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación														
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad				Prople		Arrendada		Familiar		Rural		Urbano	
X														X								X							
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento													
14				6				1990				SANTA MARTA				CALLE 4A #22-57 BONDA				SANTA MARTA				MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
ANALM2406@HOTMAIL.COM												3007193798																	
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado				8		6		9		2			
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				Número			
				C.C.				P.P			

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio				Tipo de Empresa o Negocio				Cargo							
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica X Privada Mixta Otra, cual?				ENFERMERA							
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio				No. Teléfono			
CRA 14 No 23-42 ALCAZARES				SANTA MARTA				ALCAZARES				4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI				NO X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

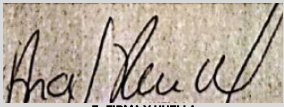
Total Ingresos Mensuales				Total Egresos mensuales						
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales						
Total Activos				Total Pasivos						
Mes y año de corte de la Información financiera suministrada				Es declarante?				SI	NO	X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?										
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: MI TRABAJO										

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: DE MITRABAJO 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 efectúare 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.

	
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