

	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

FERLYS BELEÑO CORDERO														Sexo							
														M		F		X			
Tipo de Documento								Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.		TI		RC		PP		39010895				SANBANCO/ MAGDALENA				13/08/1981			
Estado Civil (Seleccione)								Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación					
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria	Bachiller		Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
	X											X				X		X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Lugar de domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento					
10	01			1958				BOLIVAR		CALLE 30 MZ 76CASA 9				Santa Marta				Magdalena			
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono			
Ferlysbeleno10@gmail.com														3206405056							
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU							
Estudiante				Independiente	X			Empleado		Hogar			Jubilado				8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU											
										Actividades de apoyo terapéutico dentro del sector salud											

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 universitario julio mendez barreneche		Publica	x		Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio								Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
CRA 14 No 23-42 ALCAZARES								SANTA MARTA		ALCAZARES		4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

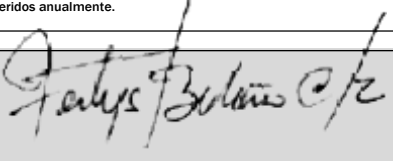
Total Ingresos Mensuales				2.600.000				Total Egresos mensules				2.600.000					
Otros Ingresos Mensules 0								Otros Egresos Mensuales: 0									
Total Activos 0								Total Pasivos 0									
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				abril		Año 2026		Es declarante?				SI		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?														SI		NO	X
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: MI PRESTACION DE SERVICIOS																	

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 prestacion de servicios 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 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 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. 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):
<div></div>
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento