

	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 NEVIS OLINDA ESCOBAR GONZALEZ														Sexo													
														M		F	X										
Tipo de Documento						Número				Expedida en			Fecha de Expedición														
C.C.	X	C.E.	T.I		R.C		PP		57.428.765		SANTA MARTA - MAGD.			27/09/1988													
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					
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad				Departamento									
14		10		1969		SANTA MARTA - MAGD.				CALLE 30 # 4A - 13 B. MANZANARES						SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono											
escobarnevis1@gmail.com												310525255				3001375005											
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU															
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado				8		9		6		3	
Descripción del CIU																											
AUXILIAR DE ENFERMERIA																											

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. HOSP. JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica		X		Privada				Mixta				Otra, cual?		AUXILIAR DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio								Ciudad				Barrio				No. Teléfono					
CRA 14 # 23-42								SANTA MARTA				LOS ALCAZARES				436 57 01					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI				NO		X			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA																			
Total Ingresos Mensuales				\$0				Total Egresos mensuales				\$ 0							
Otros Ingresos Mensuales				0				Otros Egresos Mensuales				0							
Total Activos:				0				Total Pasivos				0							
Mes y año de corte de la Información financiera suministrada				0		Año 2025		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?																			
SOY SERVIDOR PUBLICO SIN MANEJO DE RECURSO NI GRADO DE PODER																			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?																			
NO																			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																			
POR LA PRESTACION DE MIS SERVICIOS COMO _____ AUXILIAR DE ENFERMERIA																			

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: POR LA PRESTACION DE MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ____ 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 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.															

<div></div> <div>5. FIRMA Y HUELLA</div> <div></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>_____</div> <div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>															