

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos CIBELI LILIANA POLO OSPINO										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento			Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	26926578			TENERIFE - MAGDALENA			
Estado Civil (Seleccione)			Nivel educativo			No. Personas a cargo			Tipo de Vivienda			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	1	Propia	Arrendada	
			X				X			X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			
01	SEPT	1974	TENERIFE - MAG			CRA 34 # 11C - 06 GALICIA			SANTA MARTA			
Correo Electrónico									No. Celular			
POLOCIBE@GMAIL.COM									3006942568			
Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIU			
Estudiante	Independiente	Empleado	X	Hogar	Jubilado							
Detalle Actividad Económica									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	
HUJMB		Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio		Ciudad				Barrio	
CRA 14 # 23 - 42		SANTA MARTA				ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI				NO	
						X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.000.000				Total Egresos mensuales: 2.000.000			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes:	Año:	Es declarante?		SI	NO
							X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?							
NO							
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: ACTIVIDAD LABORAL							

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: **ACTIVIDAD PROFESIONAL 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 consignar 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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento