

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
--------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Kellys Johanna Méndez García										Sexo M ☐ F ☒										
Tipo de Documento					Número		Expedida en		Fecha de Expedición											
C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	R.C.	☐	PP	☐	1082876299	Santa Marta	28/04/2006								
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación							
Soltero	☒	Casado	☐	Divorciado	☐	U. libre	☐	Viudo	☐	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	☒	3	Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
Fecha nacimiento					Lugar de Nacimiento					Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad		Departamento			
29 03 1988					Santa Marta					Cra 7 # 7-54					Santa Marta		Magd.			
Correo Electrónico										No. Celular					Teléfono					
kellysmendez@outlook.es										304515496										
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU										
Estudiante	☒	Independiente	☐	Empleado	☐	Hogar	☐	Jubilado	☐											
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						
			Publica	☐	Privada	☐	Mixta	☐	Otra, cual?					
Dirección de empresa o negocio			Ciudad					Barrio			No. Teléfono			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO		

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		Mes	Año	Es declarante?		SI	NO
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:							

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: _____ y no acepto como propios, 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 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 mercado, 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.

	
--	---

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