HUMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FIN04F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 19/12/2021

Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: IVANNE SOFIA TELLEZ ALVAREZ.
Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] PP [ ]
Número: 1003838709
Expedida en: CIENAGA
Fecha de Expedición: 27/07/2018

Estado Civil (Seleccione): Soltero [X] Casado [ ] Divorciado [ ] U. Libre [ ] Viudo [ ]
Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [ ] Universidad [X]
No. Personas a cargo: 0
Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [X] Familiar [ ]
Zona Ubicación: Rural [ ] Urbana [X]

Fecha nacimiento: 11 03 2000
Lugar de Nacimiento: CIENAGA - CORD
Dirección Domicilio: CRA 24 # 16-04 JARDIN.
Municipio / Ciudad: SANTA MARTA
Departamento: MAG
Correo Electrónico: itellezalvarez@gmail.com
No. Celular: 3007641396
Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [X] Hogar [ ] Jubilado [ ]
Actividad Principal CIIU:
Detalle Actividad Económica:
Descripción del CIIU:

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento: CC [ ] RC [ ] | Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? | Cargo
Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [X]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:
Otros Ingresos Mensuales:
Total Activos:
Total Egresos mensuales:
Otros Egresos Mensuales:
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 ¿Ud Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
NO

Declaro que soy persona públicamente expuesta PEP?
NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de dineros y/o fondos para la apertura, continuidad y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: y no acepto como propias. Su depositario que a mi(nos) nombre efectúen en curso con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no efectuare 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 Mendez Barrenechea para que en cualquier momento me solicite los detalles o soporte en el futuro la calidad de remitente 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 o divulgar la información de las antes personas por 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 relevante de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de ingresos, actualización o verificación de mi información de conformidad con la ley principalmente en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasada y futura desempeñando 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 a entregar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información en cualquier momento en el que lo solicite por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha 3) ejercer mi derecho a revocar mi autorización 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 Barrenecha 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) Mi

8. FIRMA Y HUELLA



Certifico (amos) que la información apertada en el presente documento es veraz y fidedigna leída y comprendida y aceptada lo anterior, en constancia firma(amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento