HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FOR-67
VERSION: 003
FECHA DE ULTIMA REVISION: 16/12/2021

Ciudad: Santa Marta | Oficina: | Fecha Vinculación:

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos | Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento: C.C [X] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] | Número: 36.770.480 | Expedido en: Santa Marta | Fecha de Expedición:

Estado Civil (Seleccione): Soltero [✓] | Casado [ ] | Divorciado [ ] | U. libre [ ] | Viudo [ ]

Nivel educativo: Primaria [ ] | Bachiller [ ] | Técnico [✓] | Universidad [ ]

No. Personas a cargo: 1

Tipo de Vivienda: Propia [ ] | Arrendada [ ] | Familiar [✓]

Zona Ubicación: Rural [ ] | Urbana [ ]

Fecha nacimiento: 02 / 10 / 1996 | Lugar de Nacimiento: Santa Marta

Dirección Domicilio: calle 9 # 57-58

Municipio / Ciudad: Santa Marta | Departamento: Magdalena

Correo Electrónico: aichellanido86@gmail.com

No. Celular: 3187140981 | Teléfono: 3187140981

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] | Independiente [ ] | Empleado [✓] | Hogar [ ] | Jubilado [ ]

Actividad Principal CIIU: 8692

Detalle Actividad Económica: Auxiliar de Enfermeria

Descripción del CIIU:

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento: C.C. [ ] T.I [ ] P.P [ ] | Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio: Publica [ ] | 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: $ 1.800.000 | Total Egresos mensuales: $ 1.200.000

Otros Ingresos Mensuales: | Otros Egresos Mensuales:

Total Activos: | Total Pasivos:

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Febrero Año 2023 | Es declarante? SI [ ] NO [X]

Es servidor Publico? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Detenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Soy Servidor publico sin Grado de poder ni voto de reconocimiento

Declaro que soy persona públicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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 dinero propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o con cualquier norma que la modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con los mismos. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barraneche a o a quien represente los derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información 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 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 Barraneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de forma(lidad con lo prescrito en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento e incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en el consignar de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones. Declaro que la información aquí consignada es cierta y verificable. 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 Barraneche. 3) He sido informado de mi 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 Barraneche no utilizar o revocar mi autorización a través de los cuales podré acceder para conocer las obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barraneche S.A. me ha informado los carácter de creación personal. 5) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 6) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anteriormente.

Rachel Arzuaga Meriño

5. FIRMA Y HUELLA

Yo(Nosotros) declaro que la información aportada en el presente documento es veraz y habiéndolo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):