HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FRCAF
VERSION: 003
FECHA DE ULTIM REVISION: 19/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Cra 14 # 23 - 42	01 - 01 - 2020

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Leila Judith Sánchez Polo

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E	T.I	R.C	PP	57432796	Santa Marta	11 - 12 - 1989

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	Familiar	Rural	Urbano
X							X		2			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
03 / 08 / 1971	Sta Rita	Calle 6A #12 - 54 Pescaito	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
leylin_896@outlook.com	3014512173	

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado X | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Auxiliar de Enfermería

Descripción del CIIU:

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 Enfermería
Dirección de empresa o negocio	**Ciudad**	**Barrio** / **No. Teléfono**
Cra 14 #23-47	Santa Marta	Alcazares / 6054360
Maneja dinero del Estado o esté expuesto públicamente?	SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.300.000	Total Egresos mensuales	1.300.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año 2023	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?

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:

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 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 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 mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado 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 consigne 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/o asentar 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

Leila Sánchez Polo

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y acepto lo lo anterior, en constancia firmo (amos):

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner