HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																							
INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA																							
Tipo de Documento										Número										Sexo			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57290841										M		F	X
Estado Civil (Seleccione)										Nivel educativo										Fecha de Expedición			
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad				16/01/2001			
		x				x								x									
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento						Direccion Domicilio										Tipo de Vivienda			
1		12	1980	Santa Marta						Mz Q casa 9 Urb Asocom										Propia			
																				x			
Correo Electrónico																				Municipio / Ciudad			
brendagranados0509@gmail.com																				Santa Marta			
Ocupación (Seleccione)																				No. Celular			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado												3244113429			
Detalle Actividad Económica																				Actividad Principal CIIU			
																				8	6	9	2
										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																							
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JMB						Tipo de Empresa o Negocio																	
Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?																	
Dirección de empresa o negocio																				Cargo			
Cra. 14 #23-42										Ciudad										Auxiliar de Enfermeria			
										Santa Marta										Barrio			
																				alcazares			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?																				No. Teléfono			
																				6054365007			
																				SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales
Total Activos			Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera	Mes	Año	Es declarante?

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 politicamente expuesta PEP?

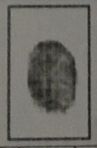
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilícitas las cuales relaciono a continuación: _____ 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 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 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 consignan 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



Ingrid Curvelo

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