



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FNC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad

SANTA MARTA

Oficina

HUMB

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ

Sexo

M

F

*

Tipo de Documento

Número

Expedida en

Fecha de Expedición

C.C. X C.E. T.I. R.C. PP

1079938005

PIVIJAY MAGDALENA

30-Jul-13

Estado Civil (Seleccíone)

Nivel educativo

No. Personas a cargo

Tipo de Vivienda

Zona Ubicación

Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo

Primaria Bachiller Técnico Universidad

2

Propia Arrendada Familia

Rural Urbano

X

*

X

X

Fecha nacimiento

Lugar de Nacimiento

Dirección Domicilio

Municipio / Ciudad

Departamento

16 7 1995

PIVIJAY MAGDALENA

CRA 13 # 29-84 BAVARIA

SANTA MARTA

MAGDALENA

Correo Electrónico

mariacargarciaher1607@gmail.com

No. Celular

3155270007

Telefono

X

Ocupación (Seleccíone)

Actividad Principal CIU

Estudiante Independiente X Empleado

Hogar

Jubilado

Detalle Actividad Económica

Descripción del CIU

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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

H U J M B

Publica X

Privada

Mixta

Otra, cual?

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Dirección de empresa o negocio

Ciudad

Barrio

No. Teléfono

CARRERA 14#23-42

SANTA MARTA

ALCAZARES

4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?

SI

NO

X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales

2.000.000.

Total Egresos mensuales 2.000.000

Otros Ingresos Mensuales

0

Otros Egresos Mensuales XXXXX

Total Activos 2.000.000

Total Pasivos XXXXXX

Mes y año de corte de la información financiera suministrada

Es declarante?

SI

NO

*

Es servidor Público? 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 políticamente 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 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 efectúe 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 consignen 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. 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

S. 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