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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ESMERALDA SALINA FONTALVO											Sexo: M	X	F	
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP						Número: 1.083.042.513				Expedida en: Santa Marta- Magdalena			Fecha de Expedición: 3/02/2017	
Estado Civil (Seleccione): Soltero / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo						Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universidad				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / familiar		Zona Ubicación: Rural / Urbano	
			x					x		1		x		
Fecha nacimiento: 24 / 1 / 1999			Lugar de Nacimiento: Santa Maria			Direccion Domicilio: carrera 42 # 16-22 Brr san jose del pando					Municipio / Ciudad: Santa Marta		Departamento: Magdalena	
Correo Electrónico: esmeraldasalina92@gmail.com											No. Celular: 3005145407		Telefono:	
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: C.C. / T.I / R.C / P.P	Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica / Privada / Mixta / Otro, cual?	Cargo
		Tecnico Profesional Educadora Especial
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		Total Egresos mensules	$0
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra: Mes / Año		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?

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 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 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 Barraneche o a quien representa 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 Barraneche, con fines estadísticas, 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 Barraneche 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 Barraneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraneche 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

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

Powered by CamScanner