HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Enfermeria	10-03-2021.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo M / F
HELEN EVELYN SALAS TORRES.														
Tipo de Documento								**Número**		**Expedido en**			**Fecha de Expedición**	
C.C X	C.E		T.I		R.C		P.P	37437414		Santa Marta			13-08-91	
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	3	X				
Fecha nacimiento			**Lugar de Nacimiento**			**Dirección Domicilio**					**Municipio / Ciudad**			**Departamento**	
07	02	1993	Santa Marta			Cll 38 #37-28 Villacampestre Reservado					Santa Marta			Mag.	
Correo Electrónico											**No. Celular**			**Teléfono**	
helen.salas@hotmail.com											3188473306.				
Ocupación (Seleccione)														**Actividad Principal CIIU**	
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar			Jubilado					8692	
Detalle Actividad Económica											**Descripción del CIIU**				
											Actividad de Apoyo Terapeutico.				

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
Hospital Universitario JMB.	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		
Dirección de empresa o negocio	**Ciudad**			**Barrio**			**No. Teléfono**		
Cra 14 #23-42	Santa Marta			Alcazares.			6043650074		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						**SI**		**NO**	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	3.100000.		**Total Egresos mensuales**	2.500.000.	
Otros Ingresos Mensuales			**Otros Egresos Mensuales**		
Total Activos	300.000.000		**Total Pasivos**	100.000.000.	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	**Mes**	**Año**	**Es declarante?**	**SI**	**NO**
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o 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 licitas 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la 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 mercados, 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 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



FIRMA HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner