HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATODEVINCULACIONDEPERSONANATURAL	CODIGO:FINC4F VERSION:002 FECHADEULTIMREVISION:10/12/2021

Ciudad	Oficina	FechaVinculación
SANTAMARTA		

1.INFORMACIÓNDELSOLICITANTE

FLORELVIABOLAÑOPELAEZ														Sexo			
														M		F	X
TipodeDocumento									Número		Expedidaen			FechadeExpedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36696522		SANTAMARTA			11-mar-99			
EstadoCivil(Seleccione)						Niveleducativo				No.Personasacargo	TipodeVivienda			ZonaUbicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U.libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
				X				X		1			X		X		
Fechanacimiento			LugardeNacimiento			DireccionDomicilio					Municipio/Ciudad			Departamento			
14	1	1981	SANTAMARTA			CALLE9#16C26LOSALMENDROS					SANTAMARTA			MAGDALENA			
CorreoElectrónico											No.Celular			Telefono			
ADRIANANDRES2008@HOTMAIL.COM											3016026798						
Ocupación(Seleccione)											ActividadPrincipalCIIU						
Estudiante		Independiente			Empleado	X	Hogar			Jubilado				8	6	9	2
DetalleActividadEconómica											DescripciónCIIU						
AUXILIARDEENFERMERIA											APOYODEACTIVIDADTERAPEUTICA						

1.1USOEXCLUSIVOENELCASODEMENORESDEEDAD

NombresyApellidosdelRepresentanteLegal	TipodeDocumento					Número
	C.C.			P.P		

2.DATOSLABORALES

NombredelaEmpresaoNegocio	TipodeEmpresaoNegocio							Cargo
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra,cual?	AUXILIARDEENFERMERIA

Direccióndeempresaonegocio	Ciudad	Barrio	No.Teléfono
KRA14#23-42	SANTAMARTA	ALCAZARES	4366262

ManejadinerodelEstadooestáexpuestopúblicamente?	SI		NO	

3.INFORMACIÓNFINANCIERA

TotalIngresosMensuales1.800.000			TotalEgresosmensules1.800.000					
OtrosIngresosMensules			OtrosEgresosMensuales					
TotalActivos 1.800.000			TotalPasivos					
Mesyañodecortedelainformaciónfinancierasuministrada	Mes	Año	Esdeclarante?	SI		NO	X	

EsservidorPublico?Siesservidorpublicodeclaresimanejarecursospublicosy/uOstentaalgungradodepoderpublicoogozadereconocimientoPublico?

SOYSERVIDORPUBLICO,PERONOMANEJORECURSOSPOLITICOS

DeclaroquesoypersonapoliticamenteexpuestaPEP?

NOSOYPERSONAPOLITICAMENTEEXPUESTA

Declaroqueelorigendelosfondosconloscualessemanejalacuentay/ocertificadoprovienede:

DECLAROMISUELDOCOMOAUXILIARDEENFERMERIA

4.AUTORIZACIÓNYDECLARACIONES

1.Declaroqueelorigendebienesy/ofondosparalaapertura,certificadosydemásproductosprovienendeactividadeslícitaslascualesrelacionoacontinuación:_
MI ACTIVIDAD LABORAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA _____ynoacepto comopropias,losdepósitosqueami(s) cuenta(s)efectúenterceroscondineroprovenientedeactividadesilicitascontempladasenelCódigoPenalColombianooencualquiernormaquelomodifiqueoadicione,niefectuaretransaccionesdestinadasatalesactividadesafavor depersonasrelacionadasconlasmismas.
Autorizodemaneraexpresa,permanenteeirrevocableaE.S.E.HospitalUniversitarioJulioMéndezBarrenecheaoaquienrepresentesusderechosuostenteenelfuturolacalidaddeAcreedorpara:1)Verificarlainformaciónaquísuministrada atravésdecualquiermedioqueconsidereconveniente.2)Reportar,almacenar,actualizar,consultar,procesar,compilar,intercambiar,suministrar,grabar,solicitarydivulgarlainformacióndecarácterpersonaly/ofinancieraantecualquieroperador,CentralesdeinformacióndelSectorFinanciero,basesdeinformaciónocualquierotraentidadquemanejeoadministrebasesdedatosconlosmismosfines,todalainformaciónderivadadecualquiertipodeoperaciónquecelebreconlaE.S.E.HospitalUniversitarioJulioMéndezBarreneche,confinesestadísticos,decontrol,supervisión,pruebasdemercadeo,actualizaciónoverificacióndemiinformaciónde conformidadconlopreceptuadoenlaleydehabeasdata ydeprotecciónde datospersonales.Loanteriorimplicaqueelcumplimientooincumplimientodemisobligacionessereflejaráenlasmencionadasbasesdedatosendondeseconsignandemaneracompleta todoslosdatosreferentesamiactual,pasadoyfuturocomportamientofrentealsectorfinancieroyengeneralfrente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaroque:1)mecomprometoaactualizaranualmente,ycuandomelosoliciten,lainformaciódeesteformularioypresentarlosdocumentosrequeridosporlaE.S.E.HospitalUniversitarioJulioMéndezBarreneche 2)mereservoelderechoaconocer,actualizar,rectificar,modificar,eliminar,lainformaciódecarácterpersonalasícomoasolicitarporcualquiermedioaE.S.E.HospitalUniversitarioJulioMéndezBarrenechenoutilizarorevocarmiinformaciónpersonal3)Conozcomisderechosyobligacionesderivadosdelaleyde HabeasDatayProtecciódedatospersonales.4)LaE.S.E.HospitalUniversitarioJulioMendezbarrenecheS.A.





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