HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO

# FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC49
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/11/2021

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: María Milena Barboza Iduarnes

Sexo: M | F ✓

Tipo de Documento: C.C. ✓ | C.E | T.I | R.C | PP

Número: 1079491460333

Expedida en: Piojay

Fecha de Expedición: 26 | Julio | 2006

Estado Civil (Seleccione): Soltero X | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo

Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico X | Universidad

No. Personas a cargo:

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada X | Familia

Zona Ubicación: Rural | Urbano

Fecha nacimiento: 11 | 04 | 1987

Lugar de Nacimiento: Piojay

Direccion Domicilio: Kra 21A3H 29K - 45

Municipio / Ciudad: Santa Marta

Departamento: Magdalena

Correo Electrónico: Barboza_Maria@yahoo.com

No. Celular: 3216152729

Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado X | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU: 8 | 6 | 9 | 9

Detalle Actividad Económica: Auxiliar de enfermería

Descripción del CIIU: Atencion al Paciente critico

## 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 |
|---|---|---|
| Hjmb | Publica X \| Privada \| Mixta \| Otra, cual? | Auxiliar de enfermería |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Kra 24 # 23-42 | Santa Marta | Alcazares | |

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | $2.000.000 | Total Egresos mensuales | $ 1600.000 |
| Otros Ingresos Mensuales | $ 0. | Otros Egresos Mensuales | $ 0 |
| Total Activos | $ 2.000.000 | Total Pasivos | $ 1600.000 |
| 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 licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúe 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 presentarlos 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) Ma

María Barboza

## 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):

Powered by CamScanner