HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC#
		VERSION: 002
		FECHA DE LA ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta - Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.E.		C.E		T.I		R.C		PP		Numero		Expedida en: Barranquilla		Fecha de Expedición: 25 de 1980	
Estado Civil (Seleccione): Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Nivel educativo: Primaria		Bachiller		Tecnico		Universidad		No. Personas a cargo: 1		Tipo de Vivienda: Propia		Arrendada		Familiar		Zona Ubicación: Rural		Urbano	
		X										X															
Fecha nacimiento: 23		09		1961		Lugar de Nacimiento: Barranquilla				Direccion Domicilio: Calle 7 # 24 a 111 Los Rosales										Municipio / Ciudad: Santa Marta						Departamento: Magdalena			
Correo Electronico: [illegible]																				No. Celular: [illegible]						Telefono			
Ocupacion (Seleccione): Estudiante				Independiente				Empleado	X	Hogar				Jubilado						Actividad Principal CIIU									
Detalle Actividad Economica										Descripcion del CIIU																			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento: C.C.			P.P.		Numero

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	Cargo: Auxiliar de enfermeria
Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea								
Direccion de empresa o negocio	Ciudad: Santa Marta		Barrio					No. Telefono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año	Es declarante?	SI / NO

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona políticamente 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 demas productos provenga de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi nombre efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no 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 Mendez Barrenechea a o a quien represente sus derechos u obligue en el futuro la Calidad de acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquiera medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información u cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de relación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea. Las Para actualizacion, de cruces, supervision, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con la prescripción 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 morosidad crediticia.

Declaro que: 1) He verificado y actualizado oportunamente y a cuando me lo solicite, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea. 2) Mientras el vínculo se encuentre activo, actualizar, rectificar, modificar, retirar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea las copias soporte de esta información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. A) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea S.A.

FIRMA Y HUELLA

Carmen Alicia Peñalver Gómez

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y fue(ron) leído y comprendido y aceptado lo anterior en constancia firmo (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento