

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: PNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad Santa Marta Magd	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Lizeth Paula Jimenez Fajardo										Sexo M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento C.C.			Número 1086228933			Expedida en Santa Ana Magd			Fecha de Expedición 10-Marzo-2011		
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorclado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐			Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐			No. Personas a cargo 1			Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐		
Fecha nacimiento 18-09-1992			Lugar de Nacimiento Santa Ana			Dirección Domicilio M2 43 Casa 3 Apto 201			Municipio / Ciudad Santa Marta Magd		
Correo Electrónico Lizeth.081892@hotmail.com			No. Celular 3108795181			Teléfono 4401960					
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐			Actividad Principal CIU 8 6 9 2								
Detalle Actividad Económica Auxiliar de Enfermería			Descripción del CIU Actividad de apoyo terapéutico								

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 HUJMB	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?			Cargo Auxiliar de enf
Dirección de empresa o negocio Cra 14 # 23-42	Ciudad Santa Marta		Barrio Alcazares	No. Teléfono 1365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

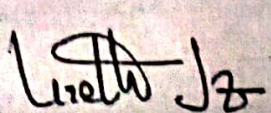
Total Ingresos Mensuales \$ 1.800.000	Total Egresos mensuales 1
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Es declarante? SI ☐ NO ☐
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?	
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 demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación **Actividades de apoyo terapéutico** y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúe, cercado con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 mercado, 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 consignarán 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 Méndez 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

 S. 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):