

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		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 CE ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐			Número 1085228933			Expedida en Santa Ana Magd			Fecha de Expedición 10-Marzo-2011		
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐					Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐			No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐	
Fecha nacimiento 18 DA 1992		Lugar de Nacimiento Santa Ana		Dirección Domicilio M2 43 Casa 3 Apto 201				Municipio / Ciudad Santa Marta Magd		Departamento	
Correo Electrónico Lizeth.081892@hotmail.com								No. Celular 3108795181		Teléfono 4401960	
Ocupación (Seleccione) 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

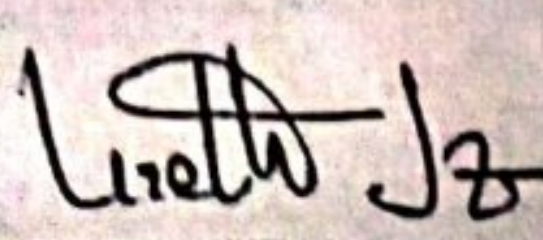
Total Ingresos Mensuales \$ 1.800.000	Total Egresos mensuales
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes Año
Es declarante? SI ☐ NO ☐	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos 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 lícitas las cuales relaciono a continuación: **Actividades de apoyo terapéutico** y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúen 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 Barranquilla 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 Barranquilla, 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 consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Barranquilla 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 Barranquilla 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 Barranquilla 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):