

 HMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE S.A. AUTÓNOMA DE BOGOTÁ	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Ebelis Patricia Pérez Cabanis										Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 57443392		Expedida en Santa Marta		Fecha de Expedición 09-07-1993			
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		No. Personas a cargo 2		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒			
Fecha nacimiento 13/12/1973		Lugar de Nacimiento Santa Marta		Dirección Domicilio Cua # 462 pescado		Municipio / Ciudad Santa Marta		Departamento Mag			
Correo Electrónico Ebelis.patricia1213@gmail.com						No. Celular 3246462432		Teléfono			
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐				Actividad Principal CIU							
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIU							

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 Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Cargo
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI ☐ NO ☒	No. Teléfono

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 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: _____ 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 efectúare 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 consignarán 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales.
- 6) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A.

Firma Ebelis Patricia Pérez	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
--