HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: NAREN MILENA RODRIGUEZ SANDOVAL												Sexo		
												M	F	X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57349458	PUEBLO VIEJO		23/04/2004		
Estado Civil (Seleccione)							Nivel educativo				No. Personas a cargo			Zona Ubicación
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viuda			Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X									X		3		X			X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
			PUEBLO VIEJO				PRIMERA CALLE 4 KRA 4a # 4a-08					PUEBLO VIEJO			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Teléfono	
rodriguezmandovalkaren1985@gmail.com																
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado				8	5	9	2	
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU							
AUXILIAR DE ENFERMERIA									ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICA							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
XXXXXXX	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo		
HUMB	Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Dirección de empresa o negocio						Ciudad	Barrio		No. Teléfono
CALLE 23 KRA 14 # 23 12						SANTA MARTA	LOS ALCAZARES		4348282
Maneja dinero del Estado o este expuesto públicamente?							SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.330.000			Total Egresos mensuales 1.330.000			
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 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 políticamente expuesta PEP?						
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de: ESFUERZO DE MI TRABAJO						

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 propios, 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 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 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 la preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La 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 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 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 revelar 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento