HMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIN-F- VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/13/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑO														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedido en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36.695.073			Santa Marta-Magdalena			2/12/1998	
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano		
			X				X	X		2	X						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento			
18	9	1979	Puerto Wilches- Sant			Etapa 4 apto 101 parques de bolivar					Santa Marta			Magdalena			
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono			
ullogvedalia18@gmail.com											3006928229						
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIIU											

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	Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche						Cargo
	Publico	X	Privada		Mixta		Otra, cual? AUX EN ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio			No. Teléfono
Carrera 14 # 23-42	Santa Marta- Magdalena			Alcazares			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales	$2.000.000,00			
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales	$0			
Total Activos			Total Pasivos	$2.000.000,00			
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 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

_____ 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 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 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 consignan 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 Mendez barreneche S.A.

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

Scanned with CamScanner