

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC47 VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad SANTA MARTA	Oficina HUMB	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombres y Apellidos JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA		Sexo M ☐ F ☐ X ☒
Tipo de Documento C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐	Número 36695913	Expedida en SANT MARTA
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐		Fecha de Expedición 03/FEB/1999
Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐
No. Personas a cargo 2		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☐
Fecha nacimiento 1 12 1990	Lugar de Nacimiento SANTA MARTA	Municipio / Ciudad SANTA MARTA
Dirección Domicilio CALLE 20#2B102TAGANGA		Departamento MAGDALENA
Correo Electrónico JUDITHLOPEZPEÑA2@GMAIL.COM		No. Celular 3017201627
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU 8 6 9 2
Detalle Actividad Económica ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO		Descripción del CIU AUXILIAR DE ENFERMERIA
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD		
Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento C.C. ☐ R.P. ☐	Número
2. DATOS LABORALES		
Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio CRA 14 N. 23-42	Ciudad SANTA MARTA	Barrio ALCZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		No. Teléfono 4346262
		SI ☐ NO ☒
3. INFORMACIÓN FINANCIERA		
Total Ingresos Mensuales 1500000	Otros Ingresos Mensuales	
Otros Ingresos Mensuales	Total Pasivos	
Total Activos	Es declarante? SI ☐ NO ☒	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 07 Año 22		
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? NO		
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: DE MI INGRESO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA		
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES		
<p>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 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 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.</p>		
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		