HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIN-04F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	HUJMB	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
Gina paola Ovate Arujo												M	F X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP			49723130		Valledupar			06/06/2002	
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	Urbana
	X							X	1	X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
05	05	84	Valledupar		Calle 47A Kr 31-48					Santa Marta			Magd	
Correo Electrónico										No. Celular			Teléfono	
enfermera pool57@gmail.com										3015920571				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				
profesion										Enfermera Jefe				

1.1 (SÓLO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD)

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio					Cargo
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio			No. Teléfono
Cra 14 Nº 23-42	Santa Marta		Alcazares			4365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2'000.000	Total Egresos mensuales	2'000.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	0	Total Pasivos	40000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2021	Es declaración? SI NO X

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?

SOY SERVIDOR, SIN MANEJO DE RECURSOS NI GRADO DE PODER

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:

PROFESION

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 las dadivas que a mis/ cuenta(s) efectúen terceros con el fin 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 Barrenecha 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 Barrenecha, 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. La 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 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 Barrenecha 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 Barrenecha actualizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis deberes y obligaciones derivados de la Ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio

Gina paola ovate Arujo

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiéndolo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Escaneado con CamScanner