HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	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 MARTA DE JESUS VIERA PABON												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X	C.E		T.I		R.C		PP		Número: 57438953		Expedida en: SANTA MARTA			Fecha de Expedición: 20/05/1992	
Estado Civil (Seleccione): Soltero X	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico X	Universidad	No. Personas a cargo: 3		Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada X	Familia	Zona Ubicación: Rural	Urbano X
Fecha nacimiento: 9	1	1968	Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA		Direccion Domicilio: MZ3 CASA 11 EL PANDO						Municipio / Ciudad: SANTA MARTA			Departamento: MAGDALENA	
Correo Electrónico: marta-viera68@gmail.com											No. Celular: 3043438937			Telefono:	
Ocupación (Seleccione): Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			Actividad Principal CIIU: 8	6	1	0	
Detalle Actividad Económico: AUXILIAR DE ENFERMERIA					Descripción del CIIU: ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION										

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica X	Privada	Mixta	Otra, cual?	Cargo
E.S.E HUJMB					AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono		
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4366262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

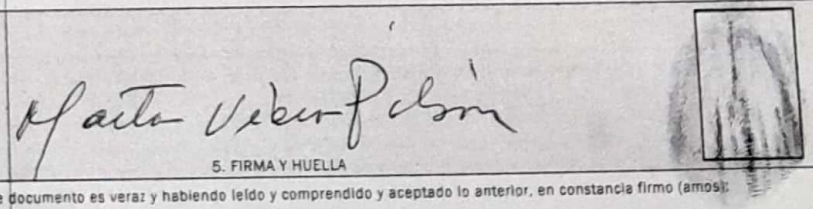
Total Ingresos Mensuales: 1.800,000	Total Egresos mensules: 1.800,000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año	Es declarante? SI	NO X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SALARIO			

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):

Powered by CamScanner