HMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

Oficina | Fecha Diligenciación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Gladys Paso Villalobos Paso | Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] | Número: 53 030 309 | Expedida en: Santa Marta | Fecha de Expedición: 30-05-1983

Estado Civil (Seleccione): Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] U. libre [X] Viuda [ ] | Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [X] Universidad [ ] | No. Personas a cargo: 2 | Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] | Zona Ubicación: Rural [ ] Urbana [ ]

Fecha nacimiento: 01 10 1961 | Lugar de Nacimiento: Sta-Mta | Dirección Domicilio: Cra 21 94 73 Alfonso Lopez | Municipio / Ciudad: Sta-Mta | Departamento: Magdalena

Correo Electrónico: Pasovillalobosgladysester@gmail.com | No. Celular: 3113789080 | Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [ ] Hogar [ ] Jubilado [ ] | Actividad Principal CIIU: 9 6 0 9

Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU: Clasificación de actividades Economicas

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento: C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] P.P. [ ] | Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de su Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio: Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? | Cargo

Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto publicamente? SI [ ] NO [X]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $ 2.100.000 | Total Egresos mensuales

Otros Ingresos Mensuales | Otros Egresos Mensuales

Total Activos | Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: 2024 Mes Diciembre | Es declarante? SI [ ] NO [X]

Es servidor Publico? Si es servidor público 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 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 propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros que tengan provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la 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 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. 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 comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1. me comprometo a actualizar oportunamente 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 tratar 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

Gladys Ester Paso Villalobos

+

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