HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAT VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Mauris Cecilia Zuñiga Camacho

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento: CC X | CE | TI | RC | PP

Número: 39003567

Expedida en: Ciénaga Magdalena

Fecha de Expedición: 17-Abril-1996

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 | Familiar X

Zona Ubicación: Rural | Urbano X

Fecha nacimiento: 26 09 1977

Lugar de Nacimiento: Ciénaga

Dirección Domicilio: Cll 6 30 #8-15

Municipio / Ciudad: Ciénaga

Departamento: Magdalena

Correo Electrónico: mauriscecilia910@gmail.com

No. Celular: 3009067424

Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente X | Empleado | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU: 8691

Detalle Actividad Económica: 8692

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.	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
ESE. HOSPITAL UJMB	Publica X | Privada | Mixta | Otra, cual?	Aux. Enfermeria
Dirección de empresa o negocio: Cra 14 #23-42	Ciudad: Santa Marta	Barrio: Alcazares
		No. Teléfono:

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $2.100.000	Total Egresos mensuales: $2.100.000
Otros Ingresos Mensuales:	Otros Egresos Mensuales:
Total Activos: $ 2.100.000	Total Pasivos:
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes 12 Año 2024	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 provienen de: Mi trabajo

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 Barrenechea o a la 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 Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de hábeas 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 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 Barrenechea; 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 Barrenechea no utilizar o revelar 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

Mauris Zuñiga Camacho

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 firma (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento