HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 003 FECHA DE ULTIM REVISION: 18/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: BEATRIZ PEDRAZA NARANJO — Sexo: M | F | X

Tipo de Documento: C.C. X | C.E | T.I | R.C | PP — Número: 36554400 — Expedida en: SANTA MARTA — Fecha de Expedición: 17-AGOST-1983

Estado Civil (Seleccione): Soltero | Casado | Divorciado | U. libre X | Viudo

Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico X | Universidad

No. Personas a cargo: 1

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada X | Familia — Zona Ubicación: Rural | Urbano X

Fecha nacimiento: 06 11 63 — Lugar de Nacimiento: Santa Marta

Direccion Domicilio: calle 32 #4B-78 Manzana — Municipio / Ciudad: SANTA MARTA — Departamento: MAGD.

Correo Electrónico: danapao-025@hotmail.com — No. Celular: 3016006750 — Telefono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado X | Hogar | Jubilado — Actividad Principal CIIU: 8692

Detalle Actividad Económica: APOYO TERAPEUTICO — 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. / P.P	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
HOJMB	Publica / Privada / Mixta / Otra, cual?	Aux. de Enfermeria
Dirección de empresa o negocio: cra 14 # 23-42	Ciudad: SANTA MARTA — Barrio: ALKAZARES	No. Teléfono: 4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensuales
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministra: Mes / Año	Es declarante? SI / NO

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? N/A

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N/A

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: De la prestación de mis servicios como auxiliar de enfermería 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 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. 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) Mi



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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner