HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FHCAF

VERSION: 002

FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Hospital Julio Mendez Barraneche	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos								Sexo		
Katia Milena Polo Torres								M	F	X

Tipo de Documento					Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. X	C.E	T.I	N.C	PP	1082996727	Santa Marta	21/03/2017

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universitario	0	Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X								X				X		X

Fecha Nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19	02	1995	Colombia	Calle 28 # 20-38 Nuevo Jardin	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
katiapolo19@gmail.com	3216084473	4221240

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						

Detalle Actividad Económica	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
	Pública		Privada		Mixta		Otra, cual?		

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	0	Total Egresos mensuales	0
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 03	Año 2025	Ya declaraste?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare el manejo recursos publicos y/o Detenta 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 las cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen 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 dispuestos que a mis/ nuestros/ afectados personas son dinero provenientes 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 Barraneche 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 Barraneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización y 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 cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) He comprendido el solicitado anteriormente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraneche 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 Barraneche 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 Barraneche S.A.

Katia M. Polo T.

5. FIRMA Y HUELLA

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