HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: JOHANNA MILENA URUETA CREUS									Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. x / C.E / T.I / R.C / PP							Número: 1082980544	Expedida en: santa marta	Fecha de Expedición: 12/12/2012		
Estado Civil (Seleccione): Soltero x / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo					Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universalidad x				No. Personas a cargo: 1	Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familiar x	Zona Ubicación: Rural / Urbano x
Fecha nacimiento: 10	10	1993	Lugar de Nacimiento: santa marta		Direccion Domicilio: cra 32 11 a 15				Municipio / Ciudad: santa marta		Departamento: magdalena
Correo Electrónico: uruetacreusjohanna@gmail.com									No. Celular: 3244457606		Telefono:
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente x / Empleado / Hogar / Jubilado									Actividad Principal CIIU		
Detalle Actividad Económica							Descripción del CIIU: Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina				

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
HUJMB		Enfermera
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio: alcazares / No. Telefono: 4346262
Carrera 14 No. 23-42	santa marta	
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 suminis	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: mis actividades profesionales de enfermería

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

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

Escaneado con CamScanner