HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	1

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Ana Milena Del Prado Verdooren

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento: C.C. ✓ | C.E | T.I | R.C | PP
Número: 1007860596
Expedida en: 25 - Jun - 2019
Fecha de Expedición: Santa Marta.

Estado Civil (Seleccione): Soltero ✓ | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo
Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico ✓ | Universidad
No. Personas a cargo: 0
Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada | Familia ✓
Zona Ubicación: Rural | Urbano ✓

Fecha nacimiento: 15 | 06 | 2001
Lugar de Nacimiento: Santa Marta
Direccion Domicilio: Mz Az casa 17 Curinca
Municipio / Ciudad: Santa Marta
Departamento: Magdalena
No. Celular: 3022166978
Telefono:
Correo Electrónico: anamilenadelprado@gmail.com
Actividad Principal CIIU: 8692
Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado | Hogar | Jubilado
Descripción del CIIU: Apoyo terapeutico.
Detalle Actividad Económica: Aux de Enfermeria

USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal:
Tipo de Documento: C.C. | P.P
Número:

DATOS LABORALES

Nombre de la 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 públicamente? SI | NO

INFORMACION 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 suministrada: Mes / Año	Es declarante? SI / NO

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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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 Date y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mende...



FIRMA 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