HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FRCHP VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 23/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MILADIS DE JESUS MONTERO MORENO												Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. X C.E T.I R.C PP					Número: 57.303.545			Expedida en: PRADO (MAGDALENA)			Fecha de Expedición: 27/02/2001			
Estado Civil (Solteros(as))					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Residencia	
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X							X		1	X				X
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
09	8	1973	SAN RAFAEL MAGDALENA		MANZANA 05 CASA 14					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico:										No. Celular			Teléfono	
MJMM-2973@HOTMAIL.COM										3014187713				
Ocupación (Estudiantes)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado					8	9	0	0
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				
AUXILIAR DE ENFERMERIA										ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO				

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
N.U.I.M.S	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio			Ciudad		Barrio		No. Teléfono
CARRERA 14 #3-43			SANTA MARTA		ALEJANDRIA		4340000
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:	$1.800.000	Total Egresos mensuales:	$2.500.000
Otros Ingresos Mensuales:	$1.000.000	otros egresos Mensuales:	$0
Total Activos:	$5.000.000	Total Pasivos:	$3.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada:	Mes: MAYO	Año: 2020	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare el encargo, empleo publico y/o Ordenó algún grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP? NO

Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de: MI EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, constitución y demás productos y servicios de entidades financieras relacionados a continuación: A) EMPLEO y no acepto con mi propios, los aquí descritos que dentro de mi relación con ellos no provengan de ninguna de las actividades ilícitas como las tipificadas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades en favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera irrevocable, para siempre e incondicional a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea o a quien represente en sus derechos o ostente en el futuro la calidad de Juan más parte: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, procesar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar o divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador. Centrales de información financiera del Sector Financiero, bureau de información crediticia o cualquier otra entidad que maneje o administre bases o bancos de datos con los mismos fines, toda la información relevante relacionada con cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, prevención de actividades delictivas, investigación, actualización o continuación en cualquier momento de conformidad con las disposiciones legales vigentes. 3) Conocer, actualizar y rectificar mi información financiera, comercial, crediticia y personales. La anterior autorización incluye el cumplimiento de mis obligaciones, las refiere a mis antecedentes financieros, así como el cese de dicha información cuando todas las cuentas referentes a mis créditos, pasivos y/o sus correspondientes intereses, comisiones, costos y gastos hayan sido completamente pagados o extinguidos. 4) Conozco que la información financiera y en general la información del comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) mi comportamiento en cuanto a mi actividad económica, y cumplo con la solicitud. La información suministrada y presentada los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir, la información que contengan personal así como a solicitar por cualquier medio a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, utilizar o revocar la autorización para el tratamiento de mis datos personales. 3) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales. 5) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales.



5. FIRMA Y HUELLA

Declaro (amos) que la información aquí descrita es de primera ocurrencia se verás y haciendo veraz y comprendido y asegurado la anterior, en constancia firma (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner