

 HMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE S.A.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
--	--	--

Ciudad Santa Marta	Oficina SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fecha Vinculación 1/06/2024
------------------------------	--	---------------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ELAINE GENITH AMAYA BALCINILLA										Sexo M ☐ F ☐ X ☐					
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1,082,413,853				PUEBLO VIEJO		9/04/2015			
Estado Civil (Selecione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐						Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐						Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento		
1 3 1997			CIENAGA			CALLE 7 KR 1 No 1-32				PUEBLO VIEJO			MAGDALENA		
Correo Electrónico elaineamaya704@gmail.com										No. Celular 3043415140			Teléfono		
Ocupación (Selecione)										Actividad Principal CIU					
Estudiante ☐ Independiente ☐ x Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										B 6 9 9					
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU Todas las actividades relacionadas con la salud humana que no están incluidas en ninguna de las demás clases de esta división.					

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
	Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
HOSPITAL UNIVERISTARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?			SI ☐ NO ☒ X ☐

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 2,000,000	Total Egresos mensuales \$ 1,500,000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos \$ 2,000,000	Total Pasivos \$ 1,500,000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 12 Año 2024	Es declarante? SI ☐ NO ☒ X ☐
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO MANEJO RECURSOS PÚBLICOS NI GOZO DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: DECLARO QUE EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENE DE MI SALARIO	

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 edicione, ni efectúare 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 mercado, 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 consignen 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 Méndez Barreneche S.A.

	
5. FIRMA Y HUELLO	

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