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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HUMB	2026

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: luz maria coronado salazar

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP	36.719.266	santa marta	30/11/1995

Estado Civil (Seleccione)

Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familiar	Zona Ubicación: Rural	Urbano
				X			X		2			X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
14 10 1977	santa marta	calle 24b 27 96	santa marta	magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
coronadoluzmaria@gmail.com	3146220264	

Ocupación (Seleccione)

Pensionado	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU
	X				8 6 9 2

Descripción del CIIU: Auxiliar de enfermeria

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
hospital julio mendez barreneche	Publica: X Privada: Mixta: Otra, cual?	auxiliar de enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
carrera 14 23 42	santa marta	alcazares	

Maneja dinero del Estado o está expuesto publicamente? SI: NO: X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 0	
Otros Ingresos: 0	Total Egresos mensuales: 0
Total Activos: 0	Otros Egresos Mensuales: 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes: Año:	Total Pasivos: 0
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?	Es declarante? SI: NO: X

NO

Declara que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

prestacion de servicios

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 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 E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Luz Maria Coronado S

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):

Luz Maria Coronado S.

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner