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	Fecha Vinculación
Santa Marta- magdalena	Auxiliar de enfermeria	09-01-25

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Milagros faysh Morales Vanegas

Sexo: M | F X

Tipo de Documento: C.C. | C.E | T.I | R.C | PP

Número: 1084450143

Expedida en: Santa marta

Fecha de Expedición: 28-11-21

Estado Civil (Seleccione): Soltero X | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo

Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico X | Universidad

No. Personas a cargo: 0

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada | Familia X

Zona Ubicación: Rural | Urbano X

Fecha nacimiento: 18 | 11 | 03

Lugar de Nacimiento: Sta Marta

Direccion Domicilio: cra 44 # 24-14

Municipio / Ciudad: Sta Marta

Departamento: Magd

Correo Electrónico: milagrosfayshv@gmail.com

No. Celular: 3022257939

Telefono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica:

Descripción del CIIU:

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?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Otros Ingresos Mensuales: 0	Otros Egresos Mensuales: 0
Total Activos: 0	Total Pasivos: 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: 0	Es declarante? SI X 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?

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:

AUXILIAR 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 o cualquier actividad 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.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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

Milagros Morales

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