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	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos RITA F. CUJIA GUERRA														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36565567			SANTA MARTA			19/06/1980		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urbano	
X								X			1	X				X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
22	10	1959	SAN JUAN DEL CESAR			MANZANA 13 CASA 1 LIBANO 2000						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono		
cujiritaf9@gmail.com												3022380208					
Ocupación (Seleccione)															Actividad Principal CIIU		
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado							8	6	1	0
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU					
AUX ILI AR DE EN FER M E RIA												ACT IVIDA D DE APO YO TER APE UTIC O					

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			
H U J M B									Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?			AUXILIA DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio									Ciudad						Barrio			No. Teléfono			
CARRERA 14 N 24-42									SANTA MARTA						ALZACAREZ			4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?															SI			NO	X		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,500,000												Total Egresos mensules 1,500,000										
Otros Ingresos Mensules												Otros Egresos Mensuales										
Total Activos 1,500, 000												Total Pasivos 1,500,000										
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes12			Año 2023						Es declarante?						SI			NO	X
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 ENFERMERIA																						

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 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.

Rita Cujia Guerra



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