	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FR04F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MARA LIZETH POLO BLANCO																Sexo		
																M	F	X
Tipo de Documento							Número				Expedido en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.082.922.883		Santa Marta- Magdalena				6/11/2008			
Estado Civil (Soltero(a))							Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	2	Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbana	
X									x	X					X			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8	10	1990	Santa Marta-Magdalena	Calle 9 G 1 # 99 B 25	Santa Marta	Magdalena
Correo Electrónico					No. Celular	Telefono
lizlopolo@gmail.com					301 490 6096	
Ocupación (Ocupacion)					Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente		Empleado x	Hogar	Jubilado		8892	49	
Detalle Actividad Economica					Descripción del CIIU	

_____ de equipos terapeuticos

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				Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha				Cargo	
	Publica	x	Privada		Mixta	Otra, cual?		Auxiliar en Enfermeria	
Dirección de empresa o negocio						Ciudad	Barrio		No. Teléfono
Carrera 14 # 22-42						Santa Marta- Magdalena	Alexanzee		
Maneja dinero del Estado o está expuesto políticamente?							SI	NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingreso Mensuales	$ 1.500.000	Total Egresos mensuales	$0
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos		Total Pasivos	$0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 01 Año 2026	Es Asalariado?	SI NO x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare el manejo recursos publicos y/o Detenta algun grado de poder publico o gasa de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: por prestacion de servicio como Auxiliar en 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 tales relacionn 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 Barrenecha 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, gratar, 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 Barrenecha, 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. La 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) He 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 Barrenecha 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 Barrenecha no utilizar o suprimir 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





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y fidedigna leída y comprendida y aceptado lo anterior, en constancia firma (amos):

_____
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento