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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos						Sexo	
ladys esther Barios Mendez						M	F ✓
Tipo de Documento		Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. ✓ C.E T.I R.C PP		36.666.533		Aruguani		31/10/1994	
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 / Familia / Rural / Urbano	
Viudo: X		Universidad: X			2	Propia: X	Urbano: X
Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad	Departamento
08/12/1974	Aruguani	M2 E casa 3 Villa Universitaria				Santa Marta	Magdalena
Correo Electrónico						No. Celular	Telefono
wlopez2103@hotmail.com						3242750194	
Ocupación (Seleccione)						Actividad Principal CIIU	
Estudiante / Independiente / Empleado ✓ / Hogar / Jubilado						8 6 9 2	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIIU					
Enfermera		Apoyo Terapeutico					

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

Total Ingresos Mensuales	$ 2.900.000	Total Egresos mensuales	$ 2.900.000
Otros Ingresos Mensules	$0	Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos	$ 2900.000	Total Pasivos	$ 2900.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año		Es declarante?	SI / 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?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación. _____ y no acepto como propias, los depositos que a mi(a) cuenta(a) 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 Méndez Barreneche ILA me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones reportadas de mis deudas ante citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos

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):

Ladys Barrios Mendez

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento