HJMB	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO: F-HJMF VERSIÓN: 001 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KARINA BENAVIDES BUSTILLO											Sexo			
											M		F	X
Tipo de Documento								Número		Expedido en			Fecha de Expedición	
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1083453148	CIENAGA MAGDALENA		22/04/2004	
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	Familiar	Rural	Urbana
			X						X	1		X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
			CIENAGA			MANZANA 6 CASA 16 VILLA ALEJANDRIA					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Teléfono	
karinabenavides.x@hotmail.com											3124837439			4101551	
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU		
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado							
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
	Pública	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio			No. Teléfono
CRA 1a # 23-41	SANTA MARTA				ALCAZARES			4301907
Maneja dinero del Estado o sus empresas públicamente?					SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera aquí reportada	Mes	Año	Es asalariado?	SI		NO	X
Es usted o alguno de sus familiares cercanos, o tiene usted algún vínculo con personas políticamente expuestas PEP? Si su respuesta es afirmativa por favor indique el nombre y parentesco de la persona:							
Declara que usted o alguno de sus familiares cercanos, o tiene usted algún vínculo con personas políticamente expuestas PEP?							
Declara que el origen de los fondos con los que se maneja la cuenta y/o son / serán provenientes de:							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de los recursos y/o bienes para la apertura, continuidad y demás productos provenientes de actividades lícitas que se relacionan a continuación:

_____ y no tengo como propósito las siguientes actividades: Vinculo con dicha persona natural actividades propias contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no efectuar transacciones destinadas a dichas actividades o favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, particular e irrevocable a la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea o a quien represente sus derechos o ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar en cualquier momento la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, a entidades autorizadas, datos de: nacimiento, cargo de responsabilidad, nacionalidad, política, actividad y el origen e información de cualquier producto y/o relación que tenga con cualquier operador. Con el uso de esta información del titular financiera, bajos de información a cual que en otra entidad que maneje o sobre movimientos de dichos productos, en cualquier forma, sobre el manejo de dinero de cualquier tipo de operación que celebre con la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, prevención de operaciones, actividades de investigación de la información de conformidad con los principios de la ley de Habeas data y de protección de datos personales. La actual autorización es de carácter irrevocable y tendrá vigencia durante el tiempo que se mantenga la relación comercial con la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea y por el tiempo adicional que sea necesario para el cumplimiento de las obligaciones antes mencionadas.

Declaro que: 1) mi comportamiento frente a actuar de buena fe, y durante mi relación con el Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, he suministrado de veraz y completa toda la información requerida por la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea. 2) Me comprometo a actualizar mis datos personales cada vez que se presente alguna modificación en la información suministrada a la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea. 3) Conozco mi obligación de suministrar información personal veraz y completa y autorizo por cualquier medio a la S.A.S. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea a solicitar, consultar, modificar, retirar, o eliminar información de carácter personal así como a autorizar