HJMB

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: Dilpa Catalina Sabogal Mattos

Sexo: M [ ] [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	57292912	Santa Marta	09-Mayo-2001

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicaci	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urb
X							X		4		X		X	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamen
04 10 1982	Santa Marta	Calle 9 # 2-05 Togaanga	Santa Marta	Magd.

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Dilpasabogalmattos@hotmail.com	3238157280	

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU
		X			8 5 9 2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxpipar de Enfermeria	Apoyo de actividad 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	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	Auxiliar de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Telefo
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	Santa marta	alcazares	4366262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? "SI" [ ] NO [X]

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	1.800.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	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?

Soy Servidor Publico, pero no manejo recursos publicos

Declaro que no soy persona politicamente expuesta PEP?

no soy persona Politicamente expuesta

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

mi sueldo como auxiliar de Enfermeria

4. AUTORIZACION Y DECLARACIONES

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, mi efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Igualmente 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 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 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 Mendez 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 de se consignen 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) Conozco 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 la autorización 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 informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos oportunamente.

Dilpa Sabogal M.

