HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FVN-01
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		10-11-2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos:

Sexo: M [ ] F [ ]

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] PP [ ]	57439308	Santa Marta	20 septiembre 1990

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

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13 / 11 / 1970	Santa Marta	Kra 11 calle 21 # 21-90	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Inpegeca17@hotmail.com		

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [ ] Hogar [ ] Jubilado [ ] — **Actividad Principal CIIU:**

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de enfermeria	Prestación de servicios Como Auxiliar de enfermeria

1.1 SOLO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	C.C. [ ] T.I. [ ] P.P. [ ]	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
	Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Carrera 19 D 23 43	Santa Marta	alcazares	7265003

Maneja dinero del Estado o está expuesto políticamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensuales	1.500.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.800.000	Total Pasivos	1.500.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año	En dolares?	SI [ ] NO [X]

En servidor Publico? Si es servidor publico declara el manejo recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o gozo de reconocimiento Publico?

NO

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

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

Contrato Laboral

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, contratación y demás productos prestados de activos/bajo ninguna de las demás relacionadas a continuación:

_____ y no ejecuto otras pruebas, los dispuestos que a mi(s) nombre(s) efectúen terceros con dichos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con los mismos.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraquecha o a quien representa sus derechos o 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, editar 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, todo la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraquecha, con fines estadísticos, de control, supervisión, prestación de servicios, actualización o verificación de mi información de conformidad con la preceptuado en la ley de hábeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento a mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos donde 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 cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando sea la solicitud, la información de esta formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraquecha 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, modificar, rectificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraquecha se abstenga a realizar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de hábeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y fidedigna fiable y comprometo a informar, en cualquier momento, cualquier cambio.

Firma:

Virena Ricco Reyna

Nombre o Razon Social del solicitante