HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

Código Interno:
Versión: 003
Fecha de última revisión: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: CAYELLIS MARIANA LEGUIA VARELA

Sexo: M [ ] F [X] T [ ]

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	57.297.821	SANTA MARTA	28/01/02

Estado Civil (Seleccione una)					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				X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	SANTA MARTA	MANZANA 13 CASA 18 URBANIZACION EL PARQUE	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
cayellisvarela@hotmail.com	304-330-3564	

Ocupación Profesional:													Actividad Principal CIIU		
Empleado	[ ]	Independiente	[ ]	Empresario	[X]	Hogar	[ ]	Jubilado	[ ]						

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Pública [X]	Privada [ ]	Mixta [ ]	Otra cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	SANTA MARTA	ALCAZARES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 850.0000	Total Egresos mensuales	1.350.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante? SI [ ] NO [X]

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o tenencia algun grado de poder publico o giro 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 provienen 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 lícitas de buena procedencia y conformidad

Tercero con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique o adicione. no efectuare transacciones destinadas a tales actividades o favor de terceros relacionados con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche a ejercer cualquiera de sus derechos u obligaciones en el futuro la calidad de fiscalizar, para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, consultar, actualizar, consultar, procesar, cumplir intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero 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 el E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, prueba de mercados, actualización y 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 e incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en 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) He cumplido a cabalidad oportunamente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por el E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche 2) He reportado el domicilio y sucursal actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal que como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche no admite o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. El 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

Cayella Leguia

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 firma (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner