| | | |
|---|---|---|
| HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO | **FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL** | CODIGO: FINC 4 F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | CARRERA 14 No 23-42 | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombre y Apellidos | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|
| MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 57429493 | SANTA MARTA | 29/12/1988 |

| 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 | amilia | Rural | Urbano |
| | | | X | | | | | X | 1 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 10 | 1970 | ANTA MARTA | CARRERA 16 # 23-40 | ANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| marcasanurse@yahoo.com | 3016427747 | 4218478 |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | X | Hogar | | Jubilado | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| EMPLEADO | |

## 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 |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | SANTA MARTA | LOS ALCAZARES | 4365007 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Total Ingresos Mensuales $ 3.100.000 | Total Egresos mensuales $2.300.000 |
| Otros Ingresos Mensules $2.000.000 | Otros Egresos Mensuales |
| Total Activos | Total Pasivos |

| Mes y año de corte de la información financiera sum | Mes | Año | Es declarante? | SI | X | 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?

NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO SOY PEP

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

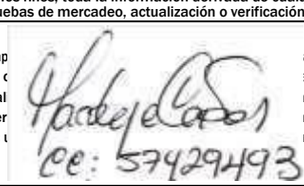
EL SALARIO DE MIS EMPLEOS

## 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 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, 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 cump[illegible]e reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de n[illegible]dos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro c[illegible]en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actual[illegible]nformación de este formulario y presentar los documentos requeridos por[illegible] Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el der[illegible]ar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por[illegible]a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no u[illegible]nozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y P[illegible]s personales. 4) La






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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento