	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: RNC 4 F VERSION: 002 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

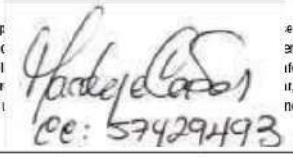
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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 ilicitas 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] información de este formulario y presentar los documentos requeridos por[illegible] Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el der[illegible] u, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por[illegible] a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no [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