HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E.	FORMATO DE VINCULACIÓN 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: Emma Karina Rodero Badero

Sexo: M ✓

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C ✓ C.E T.I R.C PP	36726527	Santa Marta	15-06-2000

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre ✓	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico ✓	Universidad	2	Propia	Arrendada	Familia ✓	Rural	Urbano ✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29 01 1984	Sta Mta	Kra 1B #26 A63	Sta Mta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Emmarb29@gmail.com	3015656104	

Ocupación (Seleccione)								Actividad Principal CIIU			
Estudiante	Independiente	Empleado ✓	Hogar	Jubilado				8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	Apoyo terapeutico

1.1 USO EXCLUSIVO FIRMADO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio				Cargo
HJMB	Pública	Privada ✓	Mixta	Otra, cual?	Auxiliar de enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Kra 14 23-42	Santa Marta	Alcazares	

Maneja dinero del Estado o está expuesto a [illegible]?	SI	NO ✓

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.600.000	Total Egresos Mensuales	3.000.000
Otros Ingresos Mensuales	1.300.000	Otros Egresos Mensuales	350.000
Total Activos	10.000.000	Total Pasivo	3.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 08 Año 2026	Es declarante?	SI ✓ NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de reconocimiento publico o goza de reconocimiento Publico?

N/A

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

N/A

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene 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 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 [illegible] 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 y/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, [illegible] actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador, Centrales de información 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 de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos mediante se consignan 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 contenida y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de datos personal suministrada o solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información 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 políticas derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos.

Emma K Rodero B

FIRMA SOLICITANTE

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