HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	Código: FIN-04 VERSION: 004 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : KATERINE ELISBETH TOLEDO CANO												Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP					Número: 57.096.907		Expedida en: SANTA MARTA				Fecha de Expedición: 6/11/2001			
Estado Civil (Seleccione): Soltero X / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo					Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universidad X				No. Personas a cargo: 1	Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familia X			Zona Ubicación: Rural / Urbano X	
Fecha nacimiento: 25 / 7 / 1983			Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA		Lugar de domicilio: MANZANA 52 CASA 10 EL PARQUE					Municipio / Ciudad: SANTA MARTA			Departamento: Magdalena	
Correo Electrónico: XAGUITOCA30@HOTMAIL.COM										No. Celular: 3003287680			Telefono: 0	
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente X / Empleado / Hogar / Jubilado										Actividad Principal CIIU: 8692		14	11	2012
Detalle Actividad Económica: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA ASISTENCIAL										Descripción del CIIU: ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICOS				

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
hospital julio mendez barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	medico dermatologo

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 No 23-42 ALCAZARES	SANTA MARTA	ALCAZARES	4348262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 3.100.000	Total Egresos mensules 3.100.000
Otros Ingresos Mensules 0	Otros Egresos Mensuales: 0
Total Activos 0	Total Pasivos 0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Diciembre Año 2025	Es declarante? SI / NO X
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
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?	No
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	: MI PRESTACION DE SERVICIOS

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: trabajo como ENFERMERA 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 cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde 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 de este formulario 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 carácter personal así como a 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 obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los

Katerin Toledo Cano

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

Powered by CamScanner