

	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINGAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santamarta Magdalena	HUSMB	7. julio 2017

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE											
Nombres y Apellidos								Sexo			
Bludis Barrios Gómez								M ☒ F ☐			
Tipo de Documento			Número		Expedido en		Fecha de Expedición				
C.C. C.E. T.J. R.C. P.P.			57-446223		Fundación Magdalena		6 junio 1989				
Estado Civil (Selección)			Nivel educativo		No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación		
Soltero Casado Divorciado U. libre Viudo			Primaria Bachiller Técnico Universidad		1		Propia Alquilada Familia		Rural Urbano		
/			/ /		/		/		/		
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento		
15/12/1988		Fundación		Calle 30 tra 9 APTO 202			Santamarta Magdalena		/		
Correo Electrónico				No. Celular				Teléfono			
Valentinameza021099@hotmail.com				3023104786				3023067039			
Ocupación (Selección)				Actividad Principal CIU				/			
Estudiante Independiente Empleado Hogar Jubilado				8 6 9 2				/			
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIU							
/				Puedado salud Hemera							

2.1 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 U. Julio Méndez B.		Pública Privada Mixta Otra, cuál?		Auxiliar de enfermería	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio	
Calle 23 tra 14 23-42		Santamarta		Alcazorez	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI		NO	
/		/		/	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA			
Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
1.600.000.		1.600.000.	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
/		/	
Total Activos		Total Pasivos	
/		/	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Año	
/		/	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?		SI NO	
/		/	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?			
/			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
M. trabajo			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES	
<p>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:</p> <p>Prestación de servicios como auxiliar de enfermería y no acepto como propios, 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.</p> <p>Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus intereses 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, eliminar, 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 mercado, 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 consignará 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.</p> <p>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 Méndez Barreneche no utilizará o revocará mi información personal 5) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 6) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizará o revocará mi información personal</p>	

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):	
/	