

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIMCAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MARLENE DEL SOCORRO JARABA TERRERA										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento			Número			Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E.	T.J.	R.C.	PP	36.554.938			SANTA MARTA		26/10/1983	
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	Familia	
			X				X		X			
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
19		10		1983		ARIGUANI (MAGDALENA)				SANTA MARTA	MAGDALENA	
Correo Electrónico										No. Celular	Teléfono	
morc.jaraba@hotmail.com										3114072899		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado							
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU		
AUXILIAR DE ENFERMERIA										AUXILIAR DE ENFERMERIA		

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		
HUMB	Pública	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio	No. Teléfono		
KRA 14 No. 23-42	SANTA MARTA		ALCACERES	6054346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?				SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,800,000	Total Egresos mensuales	1,800,000		
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?		
			SI	NO	X
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?					
NO					
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?					
NO					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:					
SALARIO					

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 efectúe 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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

Marlene Jaraba

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):