

HUMB		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FNCM	
				VERSION: 002	
				FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021	
Ciudad		Oficina		Fecha Vinculación	
SANTA MARTA					
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos: DEISY ESTER MARIANO MATTOS					
Sexo: ☐ M ☐ F ☐ X					
Tipo de Documento		Número		Expedido en	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		3659166		SANTA MARTA	
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo		Fecha de Expedición	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		30/04/1985	
Tipo de Vivienda		No. Personas a cargo		Zona Ubicación	
Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Rural ☐ Urbana ☐		1		MAGDALENA	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio	
30/04/1985		SANTA MARTA		CALLE 39#	
Municipio / Ciudad		Departamento		No. Celular	
SANTA MARTA		MAGDALENA		305114374	
Correo Electrónico		Ocupación (Selección)		Actividad Principal CIIU	
DEISY.MARIANO@HUMB.COM		Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐		8 6 6 2	
Detalle Actividad Económica		Desglose del CIIU			
PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD		SERVICIOS EN SALUD 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 ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐		AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio	
CALLE 22#24-42		SANTA MARTA		ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒		X	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales		1,800,000		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales: 0				Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		1800000		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Año		Es declarante? ☐ SI ☐ NO ☒	
Es servidor Público? Si es servidor público declara al manejar recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?					
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:					
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: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuentas se efectúan transferencias con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúo transacciones destinadas a falsear 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 derechos u cuenta en el futuro la calidad de Acreditado para: 1) Verificar 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 rentabilidad, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de 1993 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.</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) Consiento mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales, 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez 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 documentos o soportes requeridos anualmente.</p>					
<p>Declaro que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amox):</p> <p>Deisy Mariano M.</p> <p>5. FIRMA Y HUELLA</p>					

