HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa marta.	Grupo procesal enf	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Carmen leonor fawcett hiz	M F X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
CC X CE TI RC PP	36.574.068	Santa marta	

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	Rural	Urbano
X							X		2	X				X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30 11 1964	Sta mrta	mz 7 casa 10 Santuario	Sta mrta	magd.

Correo Electrónico	No Celular	Telefono
Carmenf3011@hotmail.com	3014631006	4351603.

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermería	Actividad de apoyo terapeutico

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	CC. PP	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio					Cargo
Hospital U. J. M.B.	Publica X	Privada	Mixta	Otra, cual?		Aux En Enfermería

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	Sta marta	Alcazuca	4346262.

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.884.000	Total Egresos mensules	1884.000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	1.884.000	Total Pasivos	1.884.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	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 Empleo

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 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 traves 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 operacion 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

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):

Scanned with CamScanner