

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Maria Martha consuegra fernandez										Sexo M ☒ F ☐	
Tipo de Documento					Número		Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	R.C.	☐	PP	SANTA MARTA		
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo			No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familiar
☒							☒				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento
4 08 1990			Santa Marta		Calle 45 4B 27 sin pablo						MAGDALENA
Correo Electrónico								No. Celular		Telefono	
								1082 918510			
Ocupación (Seleccione)								Actividad Principal CIU			
Estudiante	Independiente	Empleado	☒	Hogar	Jubilado			1 9 8 6			
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU			
Asesorías de Enfermería								Actividades de Apoyo terapéutico			

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.	Publica ☒	Privada ☐	Mixta ☐	Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio	No. Teléfono
Calle 14 N° 23-42 Alcazores	Santa Marta		Alcazores	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?			SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.000.000	Total Egresos mensuales	2.000.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	10.000.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 06 Año 2024	Es declarante?	SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? 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 políticamente expuesta PEP?			
NO			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			
Mi Trabajo.			

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:
mi trabajo 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 efectuar 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 consignán 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 Méndez Barreneche S.A.

5. FIRMA Y HUELLA

Maria consuegra



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):