

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina HUJMB
-----------------------	------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARIA MARTHA CONSUEGRA FERNANDEZ										M		Sexo			
Tipo de Documento										Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.082.918.510				SANTA MARTA		12 AGOSTO DE 2008			
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	4		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X						X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento			
04 08 1990			SANTA MARTA- MAGDALENA			Calle 45 #4B-27 BARRIO SAN PABLO				SANTA MARTA		MAGDALENA			
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono			
MARIACONSUEGRAFERNANDEZ@GMAIL.COM										3014825048		X			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8692				
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU					
AUXILIAR DE ENFERMERIA										ATENCION A PACIENTE CRITICO					

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				
H	U	J	M	B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	UCI ADULTO		
Dirección de empresa o negocio					Ciudad					Barrio			No. Teléfono	
CARRERA 14#23-42					SANTA MARTA					ALCAZARES			4346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO		X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

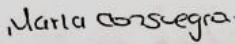
Total Ingresos Mensuales					2.600.000					Total Egresos mensuales					2.600.000				
Otros Ingresos Mensuales					0					Otros Egresos Mensuales					0				
Total Activos					2.000.000					Total Pasivos					2.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada					Mes 05 Año 2026					Es declarante?					SI NO X				
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algún 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 ACTIDAD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HUJMB																			

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: Ordene prestación de servicios 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 efectúare 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 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 consignen 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	
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):	

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento