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

Ciudad	Oficina	H
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA ANGELICA VASQUEZ LLANES																Sexo		
																M	F	X
Tipo de Documento									Número				Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082961076				SANTA MARTA, MAGDALENA			13/01/2011		
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				X				X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad				Departamento		
			SANTA MARTA			CALLE 20 #24-65						SANTA MARTA				MAGDALENA		
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono		
MAVY_2412@HOTMAIL.COM												3005425722						
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8692						
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU						
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO												ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO						

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		
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA		
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio		No. Teléfono					
carrera 14 #23-42	Santa marta		Alcazares		605 4365007					
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X						

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.300.0000	Total Egresos mensules 2.000.0000
Otros Ingresos Mensules 0	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes JULIO Año 2022	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 TRABAJO COMO ENFERMERA

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación:
mi trabajo como enfermera profesional y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas 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 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 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 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



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):



Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Escaneado con CamScanner