

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Elvira Margarita Casquez bano										Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐					Número 57297425		Expedida en Santa Mta		Fecha de Expedición 21-DIC-2007		
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐					Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒		No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		
Fecha nacimiento 27 10 1983		Lugar de Nacimiento Santa Mta		Dirección Domicilio Me 51 C# 6 Pando				Municipio / Ciudad Santa Marta		Departamento Magdalena	
Correo Electrónico elvaracasquezbano16@hotmail.com							No. Celular 3135913329		Teléfono		
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐					Actividad Principal CIU 8 16 9 2						
Detalle Actividad Económica En fermera					Descripción del CIU Actividades 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 HUSMB		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?				Cargo Enfermera	
Dirección de empresa o negocio Kra 14 # 23-42				Ciudad Santa Marta		Barrio Alcazares	
No. Teléfono 4365007						Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.900.000		Total Egresos mensuales 1.800.000	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes Año		Es declarante? SI ☐ NO ☐	
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?			
Declaro que soy persona politicamente 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

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(a) 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 efectúe 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 financiero 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 haberes 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 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.
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 Haberes 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

Elvira Casquez B
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):