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

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
Jennifer milena Zapata Fernández												M	F X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E		T.I		R.C		P.P	1234095341	Barranquilla			21/07/2017	
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	Familiar	Rural	Urbano
X									X	0			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
15	04	1999	Barranquilla			Cll 29 17 #2101-53					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
Dralennifer zapata ra@gmail.com											3015258113			—	
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado X		Hogar		Jubilado			8621				
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU					
actividades de practica medica sin internación										actividades de practica medica					

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	Médico general

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo	
HJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono
Cra 14 #27-42 comuna 4				Santa Marta		Comuna 4		N/A
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	9'500 000		Total Egresos mensuales	7'000 000	
Otros Ingresos Mensuales	1'000.000		Otros Egresos Mensuales	500.000	
Total Activos			Total Pasivos	10'000'000	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes Feb	Año 2026	Es declarante?	SI X	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? 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: NO

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: Jennifer Milena Zapata Fernández y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen 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 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 modificaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



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 firma (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Scanned with CamScanner