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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta	Hospital julio mendez barreneche	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellido:	Mileidis Esther mendoza Olaya									Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP	Número: 1079884223	Expedida en: magdalena Pedraza	Fecha de Expedición: 9-5-2017									
Estado Civil (Seleccione): Soltero X / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo	Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico X / Universidad	No. Personas a cargo: 1	Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada X / Familiar	Zona Ubicación: Rural / Urbano X								
Fecha nacimiento: 27 9 1998	Lugar de Nacimiento: pedraza	Direccion Domicilio: Calle 31 # 7-86 esperanza	Municipio / Ciudad: Santa marta	Departamento: Magdalena								
CORREO ELECTRONICO: mileidymendoza09072022@gmail.com			No. Celular: 3246091053	Telefono								
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente / Empleado x / Hogar / Jubilado				Actividad Principal CIIU: 8621								
Detalle Actividad Económica: aux de enfermeria		Descripción del CIIU: actividades medicas sin internacion										

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento: C.C. / P.P	Número

2. DATOS LÁBORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica x / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE		aux de enfermeria
Dirección de empresa o negocio	**Ciudad**	**Barrio**	**No. Teléfono**
CRA 14 No 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 1.000.000	Total Egresos mensuales	$ 8.000.000
Otros Ingresos Mensuales	$ 0	Otros Egresos Mensuales	$
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 09 Año 2026	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 prestacion de servicios AUX de ENFERMERIA

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 prestacion 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 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 documentos o soportes requeridos anualmente.

Mileidis Mendoza Olaya.



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

Scanned with CamScanner