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.		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Yasmid Yaneth perez gonzalez	M: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C: X; C.E; T.I; R.C; PP	57444732	STA MTA.	16-NOV-1993

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					X	X	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19 DE 1994	STA MTA	MANZANA 5 CASA 4	STA MTA.	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8692

Descripción del CIIU: 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
HUJMB	Publica: X	Privada		Mixta	Otra, cual?	AUX. ENFERMERIA

Dirección de la empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 23-42	STA MTA.	ALCAZABA	4363007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI: ; NO: X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$2.600.000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos.		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 02 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? N/A.

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N/A.

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES

DE MI PRESTACION DE SERVICIOS.

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: _____ y no acepto como propias los depositos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Codigo 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 operacion que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificacion 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.

Yasmid Yaneth perez gonzalez

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

Powered by CamScanner