HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHADEULTIMREVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos IDALBIS LEONOR CREUS MARTINEZ												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento									Número	Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36560482	SANTA MARTA		25-oct-85			
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		2	X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
3	ENERO	1965	SANTA MARTA			CARRERA 16E N 7 A 51 ALMENDROS					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
idalbiscreus65@gmail.com											3002772047				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU				
AUXI LIA R DE ENF E RM ER IA											ACTI VIDAD ES DE APO YO TER APEU TIC O				

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		
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Dirección de empresa o negocio			Ciudad			Barrio			No. Teléfono	
CARRERA 14 ·23-42			SANTA MARTA			ALCAZARES			4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales% 2.600.000			Total Egresos mensules 2. 0 0 0. 00 0				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1,800,000			Total Pasivos 1,800,000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	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?

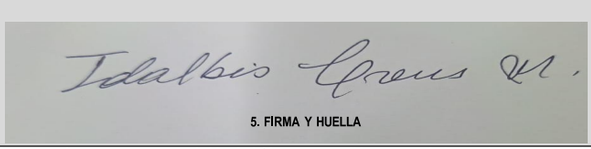
NO

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

DEL EJERCICO DE MI PROFESION

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1.Declaro que el origen de bienesy/o fondospara la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
MI EMPLEO 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 l o 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 repr esente 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 demercadeo, 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.
Declaroque: 1)mecompromeoto a actualizar anualmente, y cuandome 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 dedatospersonales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



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