FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: YURLEY JOHANA MORA CANARDO — Sexo: M [ ] F [X] E [ ]

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] PP [ ]	1.082.887.863	SANTA MARTA	4/12/2009

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	3		X			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
21	8	1990	SANTA MARTA	KRA 15 # 29-36 LOS ALCAZARES	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
[illegible]@hotmail.com	3002000000	3017000134

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	3

Descripción del CIIU

ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO — PRESTACION DE SERVICIO COMO ENFERMERA

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada	[ ]	Mixta	[ ]	Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 13 # 32B-30	SANTA MARTA	GALICIA	NO

Maneja dinero del Estado o será expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 3.700.000	Total Egresos Mensuales: 3.700.000
Otros Ingresos Mensuales: 0	Otros Egresos Mensuales:
Total Activos:	Total Pasivos:

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes: 08	Año: 2020	Es declarante?	SI	X	NO	

Es servidor Público? Si es servidor público declara el manejo recursos públicos y/o Ostenta algun grado de poder público o goza de reconocimiento Publico?

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

4. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, actualización y cierre o producción de productos financieros de captaciones recibidos o administrados [illegible] no corresponden a actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, el ejercicio de actividades financieras o toda actividad a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha, o a la quien represente en el futuro la calidad de Acreedor, para: 1) Realizar la información que se relacione o tenga de cualquier manera que considere necesario, 2) Hacer y/o pregunte, consulte, compile, procese, conserve, reporte, solicite, suministre, grabe, actualice y divulgue la información de carácter personal y/o financiero de la compañía operativa, Centrales de Información con Bases Financieras, 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 Barrenecha, sus filiales estatutarias, de control, vigilancia, previstas de naturaleza, relacionada o vinculada de cualquier forma con la prestación de los servicios de la ley de habeas data y de protección de datos personales. La autorización implica que el establecimiento o responsable de la información se entienda autorizado para la presentación de los reportes a las entidades mencionadas en este párrafo, para el cumplimiento de sus obligaciones.

Declaro que la información suministrada en este formulario y en los documentos anexos es veraz, verificable y completa. Me comprometo a actualizar mi información y a suministrar los documentos requeridos para tal fin. Autorizo a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha para: 1) Verificar la información suministrada en este formulario y en los documentos anexos. 2) Consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, confirmar, modificar, actualizar, retirar, bloquear, eliminar, la información de carácter comercial que se refiere a mi comportamiento crediticio a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha o a quien represente sus derechos u obligaciones en desarrollo de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 3) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha S.A. no he informado las razones de su requerimiento y tendrá de las bases de datos existentes para cumplir las obligaciones derivadas de la misma con sus usuarios. 5) No obligo a suministrar la información y proporcionar los documentos a aquellos requeridos anteriormente.

Yurley Mora

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado la anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento