HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC47 VERSION: 003 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculacion
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	27/02/2026

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Lady Carolina Noriega Imitola																Sexo		
																M	F	x
Tipo de Documento								Numero				Expedida en			Fecha de Expedicion			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1,004,361,185			Santa Marta			06/06/2016			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicacion				
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Tecnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano			
X								x		2			x		X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento				
8	5	2000	Santa Marta			calle 16#47-18 pantano					Santa Marta			Magdalena				
Correo Electronico											No. Celular			Telefono				
noriegaladyvan@hotmail.com											3003158793			x				
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado						8	6	9	2	
Descripción del CIIU																		
Auxiliar de enfermeria														actividad y apoyo terapeutico				

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Numero
	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?	PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Direccion de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Telefono
cra 14#23-42	Santa Marta	Alcazares	4365007

Maneja dinero del Estado o esta expuesto publicamente?	SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $2.600.000	Total Egresos mensuales $ 2.600.000
Otros Ingresos Mensuales 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos: $0	Total Pasivos $0
Mes y año de corte de la información financiera sum Mes / Año	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: SERVICIOS PROFESIONALES

SI

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:

_____ 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 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. La 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 Méndez 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.

LADY NORLEGA

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

Powered by CamScanner