

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO										Sexo									
										M ☐ F ☒									
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C. ☒ N ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐				1.083.027.564				SANTA MARTA				25 AGOSTO DEL 2015							
Estado Civil (Selección)				Nivel educativo				No. Personas a cargo				Tipo de Vivienda							
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐				Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				0				Propia ☐ Arrendada ☒ Familiar ☐							
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Municipio / Ciudad				Departamento							
20 8 1997				SANTA MARTA				SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico										No. Celular				Teléfono					
DANIARANGOCAMPO@GMAIL.COM										3052830053									
Ocupación (Selección)										Actividad Principal CIU									
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐										8692									
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU									
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO										Las actividades de enfermeros, parteras, fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales, fonocardiólogos u otro personal paramédico como enfermeros escolares, terapeutas dentales e higienistas dentales, que pueden atender pacientes sin la presencia del médico u odontólogo, pero son supervisados periódicamente por estos.									

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
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica ☒	Privada ☐	Mixta ☐ Otra, cual? ☐	ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio
CARRERA 14 #23-42, COMUNA 4 SANTA MARTA, MAGDALENA	SANTA MARTA			LOS ALCAZARES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?			SI ☐	NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 200.000	Total Egresos mensuales: 200.000
Otros Ingresos Mensuales: 0	Otros Egresos Mensuales: 0
Total Activos: 0	Total Pasivos: 26.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante?
Mes: DICIEMBRE Año: 2024	SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?	
NO	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?	
NO	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	
NO CUENTO CON FONDOS	

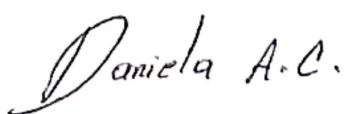
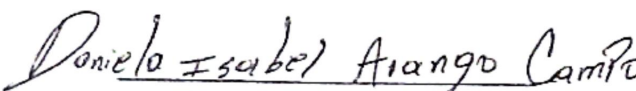
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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:

terceros con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 Barrero, 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 Barrero, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes 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 consignarán 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 Barrero; 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 Barrero que no utilice o repase mi información personal. Si Compro mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Haberes Data y Protección de datos personales. A la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrero S.A.

	
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	