

	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 ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ														Sexo									
														M		F	X						
Tipo de Documento								Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		36.451.202				FUNDACION				19/02/1996					
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						
27				9				1975				FUNDACION						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico														No. Celular			Telefono						
anasirisaragon@gmail.com														3044587151									
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU									
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado						8	6	9	2						
Descripción del CIU																							
ACTIVIDADES DE 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						
Hospital Julio Mendez Barreneche	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA					
Dirección de empresa o negocio							Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
CRA 14 # 23-42							SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?										SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		2000000	Total Egresos mensuales	1800000					
Otros Ingresos Mensuales		0	Otros Egresos Mensuales	0					
Total Activos:		0	Total Pasivos	0					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	5	Año	2025	Es declarante?	SI	X	NO	
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 políticamente expuesta PEP?									
NO									
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:									
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 lícitas las cuales relaciono a continuación: PRESTACION DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD PROFESIONAL 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 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 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. 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.

	
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	