HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	SANTA MARTA	31 DE ENERO DEL 2026

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.	✖	C.E		T.I		R.C		PP	1.083.027.564	SANTA MARTA MAGDALENA	25 DE AGOSTO DEL 2015

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
			✖					✖	NINGUNA			✖		✖

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Municipio / Ciudad	Departamento
20	AGOSTO	1997	SANTA MARTA MAGDALENA		SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
DANIARANGOCAMPO@GMAIL.COM	3052830053	3015344641

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	✖	Hogar		Jubilado			8692				

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO	Esta clase incluye actividades como la planificación y ejecución de programas de rehabilitación física y mental, así como la atención de pacientes por parte de enfermeros, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, etc., en diferentes entornos.

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
NO APLICA	C.C.			P.P		NO APLICA

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	✖	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA PROFESIONAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA MAGDALENA	LOS ALCAZARES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	✖

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.700.000 (DOS MILLONES SETECIENTOS)	Total Egresos mensuales: 2.700.000
Otros Ingresos Mensuales: NO DISPONGO	Otros Egresos Mensuales: NO APLICA
Total Activos: 2.700.000	Total Pasivos: 28.000.000 (VEINTI SEIS MILLONES)

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes: MAYO	Año: 2025	Es declarante?	SI	✖	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?

SI SOY SERVIDORA PUBLICA PERO NO MANEJO RECURSOS O OSTENTO ALGUN GRADO DE PODER O RECONOCIMIENTO PUBLICO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO SOY UNA PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA

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

EL PAGO MENSUAL DE MI TRABAJO COMO ENFERMERA

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: TRABAJO COMO ENFERMERA PROFESIONAL POR PRESTACION DE SERVICIOS) 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 s quien represente sus derechos u ostenta en el futuro la calidad de Acreador 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 consignen 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.

Daniela I. A. C.
Daniela Isabel Arango campo
C.C. 1.083.027.564 de Santa Maria

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):

Daniela I. A. C.
Daniela Isabel Arango campo
C.C. 1.083 027 564 de Santa Marta

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner