

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GERENCIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos IRINA PAOLA MOZO GALVIS												Sexo					
												M	F	X			
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición					
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1.082.856.381				SANTA MARTA				23/03/2005			
Estado Civil (Selección)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	0		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
x								X					X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio						Municipio / Ciudad		Departamento			
9	2	1987	SANTA MARTA			CRA 10 #10-35 GAIRA						SANTA MARTA		MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular		Telefono			
irpamoga@hotmail.com												3105827293					
Ocupación (Selección)												Actividad Principal CIU					
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado					8692				
												Descripción del CIU					
												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	
	Publica	Privada	Mixta	Otra, cual?		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

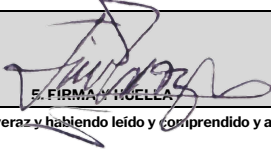
Total Ingresos Mensuales 0				Total Egresos mensuales 0			
Otros Ingresos Mensuales 0				Otros Egresos Mensuales 0			
Total Activos: 50,000,000				Total Pasivos 35,000,000			
Mes y año de corte de la información financiera suministr		Mes 09	Año 2024	Es declarante?		SI	NO
						x	
Es servidor Publico? 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: ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA 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 efectúare 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

		
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia (amos):		
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		