

 <small>HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDOZA BARRONCHEA S.A.</small>	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CÓDIGO: FVNC4F VERSION: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad:	Oficina:	Fecha Vinculación:
<u>Santa Marta</u>		<u>02-Feb-2016</u>

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: <u>Denis Mario torrigo torres.</u>										Sexo: <u>M</u>	
Tipo de Documento: <u>C.C.</u>										Expedido en: <u>Chibolo Mag</u>	
Número: <u>107966042</u>										Fecha de Expedición: <u>21-8-2013</u>	
Estado Civil (Seleccione): <u>CC</u>										Nivel educativo: <u>bachiller</u>	
☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad										No. Personas a cargo: <u>2</u>	
☒ Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Rural ☒ Urbana										Zona Ubicación: <u>Urbana</u>	
Fecha nacimiento: <u>11/06/1995</u>		Lugar de nacimiento: <u>Peasato Mag</u>		Dirección Domicilio: <u>Cra 21A #23-51 Postobon</u>		Municipio / Ciudad: <u>Santa Marta</u>		Departamento: <u>Magdalena</u>			
Correo Electrónico: <u>Otorrigo@hotmail.com</u>										No. Celular: <u>3215080284</u>	
Ocupación (Seleccione): <u>Auxiliar de enfermería</u>										Actividad Principal CIU: <u>8692</u>	
☐ Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado										Descripción del CIU: <u>Prestador de servicio Auxiliar de enfermería</u>	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal:	Tipo de Documento:	Número:
	C.C.	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio: <u>HMB</u>		Tipo de Empresa o Negocio: <u>Privada</u>		Cargo: <u>Alcazares</u>	
Dirección de empresa o negocio: <u>Cra 14 # 23-42</u>		Ciudad: <u>Santa Marta</u>		Barrío: <u>Alcazares</u>	
Muestra dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI		NO <u>X</u>	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: <u>1.500.000</u>	Total Egresos mensuales: <u>1.200.000</u>
Otros Ingresos Mensuales: <u>0</u>	Otros Egresos Mensuales: <u>0</u>
Total Activos: <u>1.500.000</u>	Total Pasivos: <u>1.200.000</u>
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes: <u>Mar</u> Año: <u>2016</u>	¿Se declaraba? SI <u>X</u> NO

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declare que soy persona políticamente expuesta PEP?

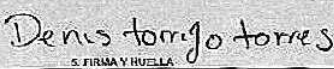
Declare que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos proceden de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propios los depósitos que a mí(s) pertenecen (a) relación los cuales son dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni afectare transacciones de carácter público a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barronchea a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acceptor para: 1) Verificar la información que suministre a través de cualquier medio que considere conveniente, 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, editar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Central de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o suministre bases de datos con los mismos fines, todo la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barronchea, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadería, actualización o verificación de la información de conformidad con lo establecido en la ley de habilitación de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las memorias bases de datos, en donde se consignará de manera completa todos los datos referidos a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar asiduamente y cuando me lo soliciten, la información de esta formulación y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barronchea 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 Barronchea que utilice o reporte mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barronchea S.A. me ha informado las canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

 S. FIRMA Y HUELLA		
Certifico (ames) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo (firmas):		
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		