

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	1/06/2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ANAM MARIA TORREGROZA MARTINEZ														Sexo																																															
														M	F	X																																													
Tipo de Documento						Número				Expedida en			Fecha de Expedición																																																
C.C.	X	C.E.		T.J.		RC		PP		1.004.366.743				Santa Marta			9/08/2021																																												
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			
X																														X												X																			
Fecha nacimiento						Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio										Municipio / Ciudad				Departamento																																					
21						7				2003				SANTA MARTA				BAVARIA COUNTRY MZ G CASA 20										SANTA MARTA				MAGDALENA																													
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono																																											
atorregroza6@gmail.com														3113896595																																															
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU																																															
Estudiante														Independiente				x				Empleado								Hogar								Jubilado								7421				2011				9				27			
														Descripción del CIU																																															
														Actividades de arquitectura e ingeniería y actividades conexas de asesoramiento técnico																																															

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?						AUXILIAR DE ENFERMERIA					
Dirección de empresa o negocio										Ciudad						Barrio						No. Teléfono											
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO															

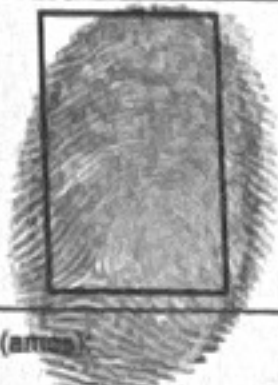
3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$500.000.00						Total Egresos mensuales \$300.000.00																													
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales																													
Total Activos:						Total Pasivos																													
Mes y año de corte de la información financiera suministrada						Mes						Año						Es declarante?						SI				NO				x			
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:												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 mercado, 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 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 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.

Ana Torregroza		
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		