HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		1/07/2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DANIELA ISABEL TORRIJOS CARRILLO															Sexo			
															M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1081835723	FUNDACION MAGDALENA	11/7/2017

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	amili	Rural	Urbano
X								X	0		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
2	11	1999	FUNDACION MAGDALENA	MZ S CASA 16 CONCEPCION 2	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
DANITORRIJOS02@GMAIL.COM	3046215043	0

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	9	2

Detalle Actividad Económica			Descripción del CIIU		
	ENFERMERA			ACTIVIDADES DE AYUDA TERAPEUTICA	

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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ		Privada	X	Mixta		Otra, cual?		ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra. 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	605-4365007

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

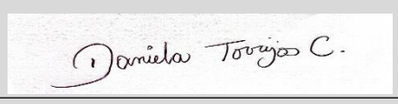
3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 3.100.000			Total Egresos mensules				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera su	Mes	Año	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?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro 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 provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: origen de prestación de servicio 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





Nombre y Firma Oficial de cumplimiento