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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Ciénaga | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ | | | | | | | | | | Sexo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | M | F | X |
| Tipo de Documento | | | | | | | Número | Expedida en | | Fecha de Expedición | | |
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1082998615 | SANTA MARTA | | 3/19/2013 |

| 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 | 1 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Dirección Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 2 | 1995 | SANTA MARTA | CALLE 31 # 19- 28 1 DE MAYO | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Teléfono |
|---|---|---|
| ADRIANAESPEPIDEMIOLOGIA@GMAIL.COM | 3013009256 | |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| 86 92 | 86 92 |

## 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 3.000.000 | | | Total Egresos mensuales 1.500.000 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales 0 | | | Otros Egresos Mensuales 0 | | | | |
| Total Activos 3.000.000 | | | Total Pasivos 1.500.000 | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 04 | Año 2024 | Es declarante? | SI | | NO | X |

Es servidor Publico? Si es servidor publico declara si maneja recursos publicos y/u Detenta algun grado de poder publico o gozo 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: PRETACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 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: PRETACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ENFERMERA y no acepto como propios, los depósitos que a mi(a) cuenta(a) 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 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. La 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 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 Méndez 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. Me obligo a actualizar los

## 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