

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021
Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		28/02/2026
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombres y Apellidos ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ		Sexo M ☐ F ☐ X ☐
Tipo de Documento		Número
C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐	1082996615	Expedida en SANTA MARTA
Estado Civil (Seleccione)		Fecha de Expedición
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		19/03/2013
Nivel educativo		No. Personas a cargo
Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒		1
Tipo de Vivienda		Zona Ubicación
Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		Rural ☐ Urbano ☒
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento
8 2 1995		SANTA MARTA
Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad
CALLE 31 # 19- 26 1 DE MAYO		SANTA MARTA
Departamento		
MAGDALENA		
Correo Electrónico		No. Celular
ADRIANAESPEPIDEMIOLOGIA@GMAIL.COM		3013009256
Telefono		
Ocupación (Seleccione)		Actividad Principal CIU
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ X Hogar ☐ Jubilado ☐		8 6 9 2
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIU
86 92		ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO
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
		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 06 Año 2022		Es declarante? SI ☐ NO ☒
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 políticamente 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 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 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.		
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		