

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FNC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina		Fecha Vinculación 5/03/2024	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos IRINA MARCELA ARAGON TORRES				Sexo M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1.004.119.879		Expedida en PEDRAZA MAGDALENA	
Estado Civil (Selección) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐		Fecha de Expedición 11/02/2015	
No. Personas a cargo 2		Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 2 / 2 / 1997		Lugar de Nacimiento PEDRAZA MAGDALENA		Dirección Domicilio CALLE 27 N° 14-81	
Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA		No. Celular 3213401141	
Correo Electrónico irinaaragontorres@gmail.com		Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU 4365007	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIU			
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento C.C. ☐ P.P. ☐		Número	
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio H.U.J.M.B		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio CRA 14#23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒		No. Teléfono	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales 2,000,000		Total Egresos mensuales 2,000,000		Otros Ingresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos		Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año	
Es servidor Público? Si es servidor público declare el manejo recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?		SI ☐ NO ☒		Es declarante? SI ☐ NO ☒	
Declaro que soy persona políticamente 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: y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré 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. 3) Conocer 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 no utilizará o revocará mi información personal 5) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 6) 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. 7) Me obligo a actualizar los datos general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo solicitan, 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. 5) Me obligo a actualizar los datos					
5. FIRMA Y MUELLA					
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					