

 HMB I.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020
--	---	--

Ciudad Santa Marta	Oficina Unidad funcional Enfermería	Fecha Vinculación 05/11/2024
------------------------------	---	--

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Lina Marcela Aragón Torres		Sexo M ☐ F ☒ X		
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1.004.119.899	Expedida en Pedraza flagolatera	Fecha de Expedición 11/feb/2015
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐ Posgrado ☐		No. Personas a cargo 0
Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ X		Familia ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☐
Fecha nacimiento 02/02/1997	Lugar de Nacimiento Pedraza flagolatera	Dirección Domicilio Calle 27 # 14 B1		Municipio / Ciudad Santa Marta
Correo Electrónico linaaragontorres@gmail.com		No. Celular 3213401141		Departamento flagolatera
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ X Hogar ☐ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU 0610		Descripción del CIU Cuidado en Salud Humana
Detalle Actividad Económica				

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	C.C.	C.E.	P.P.	Número
---	------	------	------	--------

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio H. U. J. R. M.	Tipo de Empresa o Negocio Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? Auxiliar enfermería	Cargo Auxiliar enfermería
Dirección de empresa o negocio Cra 14 # 23-42	Ciudad Santa Marta	Barrio Alcazares
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		No. Teléfono 4365006

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2600000	Total Egresos mensuales 210.0000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada NO	Es declarante? 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: NO	

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos Franklin Oliveros	Dirección Calle 69 # 31-69	Teléfono 3106853603
Familiar	Nombres y Apellidos Flavio Aragón	Dirección Pedraza flagolatera	Teléfono 3017094620

5. 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:
mi empleo 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 efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable 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 xxxx, 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 consignen 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 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por xxxx. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a xxxx 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) xxxx 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.

8. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y Estudiantes	Independiente Obligados a declarar renta	Independiente No	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

7. 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):

Irina Aragon Torres
Firma Solicitante o Representante Legal



Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha			Hora	
	aa	mes	día	a.m.	
Resultado	Aceptado			Rechazado	
Observaciones					
Nombre y firma Asesor oficina					

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa <input type="text"/> me <input type="text"/> día <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la persona que atendió	Parentesco	
Confirmación de la dirección	SI ☐ NO ☐	
Aceptado ☐ Rechazado ☐	Observaciones	
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina