HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/20

Ciudad	Oficina	Fecha Vincu
SANTA MARTA	SUBEGERENCIA CIENTIFICA	06/08/20

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ADRIANA PAOLA TRAVECEDO ALZATE

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fec
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.082.888.405	SANTA MARTA	

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada
X								X	0		

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad
23	10	1988	SANTA MARTA	MANZANA 24 CASA 13 LUZ DEL MUNDO	SANTA MARTA

Correo Electrónico	No. Celular
adr_travcdo@hotmail.com	3042570017

Ocupación (Seleccione)													Activ
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado					7421

Descripción del CIIU
Actividades de arquitectura e ingeniería y actividades conexas de asesora

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					
	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

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $4. 000.000	Total Egresos mensules $2.000.000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total activos mensuales: 4.000.000	Total Pasivos : 7.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrad: julio Año 2024	Es declarante?

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 politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES

SI

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: ARRENDA HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuent



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):