

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario.

Datos Personales

Id Consecutivo:

Registro de Formulario:

2024-11-16, 12:41 pm

Primer Apellido:

CRISTIAN

Segundo Apellido:

ANÍBAL

Primer Nombre:

PEÑARANDA

Segundo Nombre:

SALCEDO

Tipo de Documento:

C.C. ▾

No. de Documento:

1004363519

Expedida en:

SANTA MARTA

Fecha de Expedición:

2020/09/16

Sexo:

Masculino ▾

Estado Civil:

Soltero(a) ▾

Nacionalidad:

Colombiano ▾

Otra:

Fecha de Nacimiento:

2002/07/12

Departamento de Nacimiento:

MAGDALENA ▾

Municipio de Nacimiento:

SANTA MARTA ▾

Dirección de Residencia:

MZ 31 CASA 1 LÍBANO 2000

Departamento de Residencia:

MAGDALENA ▾

Municipio de Residencia:

SANTA MARTA ▾

Edad:

22

Hijos:

0

Personas a cargo:

0

Correo Electrónico:

CPENARANDA276@GMAIL.COM

Celular:

3244438633

Teléfono:

3244438633

Tipo de Ocupación:

Empleado ▾

Tipo de Vivienda:

Propia ▾

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación:

Básica Secundaria ▾

Título Obtenido:

BACHILLER

Fecha de Grado:

2021/12/10

Información Financiera

Tipo de Producto:

AHORRO ▾

No. de Producto:

5648066444

Entidad:

BANCO DE BOGOTÁ

Sucursal:

BANCARIA

Antigüedad:

2022/11/25

Contrato Vigente o Contrato Anterior

En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.

Empresa o Entidad:

Tipo de Entidad:

Selecciona uno... ▾

País:

Departamento:

Selecione... ▾

Municipio:

▾

Correo Electrónico de la Entidad:

Actividad Contractual:

Dependencia:

Dirección:

Origen de Fondos y Bienes

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E.:

Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de los Bienes y Fondos:

Afiliación a Seguridad Social

En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.

EPS:

COOSALUD

▼

Fondo de Pensiones:

PORVENIR

▼

ARL:

POSITIVA

▼

☒ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo ☒ solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

 Guardar Registro

 Regresar

 Consultar

 Consultar Versión Anterior