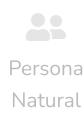
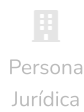




Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario.



Persona Natural



Persona Jurídica

Datos Personales

Id Consecutivo:

Registro de Formulario:

2024-12-22, 11:56 am

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

ALVAREZ

GUTIERREZ

JOHANA

PAOLA

Tipo de Documento:

No. de Documento

Expedida en:

Fecha de Expedición:

C.C.

1083037347

SANTA MARTA

2016/08/23

Sexo:

Estado Civil:

Nacionalidad:

Otra:

Femenino

Unión libre

Colombiano

Fecha de Nacimiento:

Departamento de Nacimiento:

Municipio de Nacimiento:

1998/08/09

MAGDALENA

SANTA MARTA

Dirección de Residencia:

Departamento de Residencia:

Municipio de Residencia:

CALLE 17#9-05 GAIRA

MAGDALENA

SANTA MARTA

Edad:

Hijos:

Personas a cargo:

26

0

2

Correo Electrónico:

Celular:

Teléfono:

JAHANAALVAREZ9@GMAIL.COM

3217077452

3217077452

Tipo de Ocupación:

Tipo de Vivienda:

Independiente

Familiar

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación:

Título Obtenido:

Fecha de Grado:

Básica Secundaria

BACHILLER ACADEMICO

2015/12/02

Información Financiera

Tipo de Producto:

No. de Producto:

Entidad:

Sucursal:

Antigüedad:

AHORRO

77963524474

BANCOLOMBIA

BANCOLOMBIA

2024/02/08

Contrato Vigente o Contrato Anterior

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

Empresa o Entidad:

Tipo de Entidad:

País:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECI

Pública

COLOMBIA

Departamento:

Municipio:

Correo Electrónico de la Entidad:

MAGDALENA

SANTA MARTA

Actividad Contractual:

Dependencia:

Dirección

ENFERMERA

CRA. 14 #23-42

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:

Fondo de Pensiones:

ARL:

SANITAS

▼

PROTECCION

▼

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