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: 2024-11-06, 4:25 pm

Primer Apellido: GONZALEZ

Segundo Apellido: CASTRO

Primer Nombre: FABIAN

Segundo Nombre: ENRIQUE

Tipo de Documento: C.C.

No. de Documento 12547230

Expedida en: SANTA MARTA

Fecha de Expedición: 1977/12/01

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero(a)

Nacionalidad: Colombiano

Otra:

Fecha de Nacimiento: 1958/04/02

Departamento de Nacimiento: MAGDALENA

Municipio de Nacimiento: CIÉNAGA

Dirección de Residencia: MZ 21 CASA 9 URB. LUZ DEL MUN

Departamento de Residencia: MAGDALENA

Municipio de Residencia: SANTA MARTA

Edad: 66

Hijos: 0

Personas a cargo: 2

Correo Electrónico: FABIANGONZALEZCASTRO12@GMAIL.COM

Celular: 3127841853

Teléfono:

Tipo de Ocupación: Independiente

Tipo de Vivienda: Propia

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación: Técnica

Título Obtenido: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha de Grado: 1991/10/03

Información Financiera

Tipo de Producto: AHORRO

No. de Producto: 11710007996

Entidad: DAVIVIENDA

Sucursal: SANTA MARTA

Antigüedad: 2016/07/14

Contrato Vigente o Contrato Anterior

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

Empresa o Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECH

Tipo de Entidad: Pública

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

Correo Electrónico de la Entidad:

Actividad Contractual: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: PSIQUIATRIA

Dirección CARRERA 14 Nº 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 licita 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 (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de los Bienes y Fondos:

HONORARIOS

Afiliación a Seguridad Social

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

EPS: SANITAS

Fondo de Pensiones: PORVENIR

ARL: POSITIVA

- [x] 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.
- [x] 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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.