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: 2024-09-05, 2:07 pm

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
USEDA	PINEDO	ESTEFANI	.

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en:	Fecha de Expedición:
C.C.	1005239641	SANTA MARTA	2019/07/30

Sexo:	Estado Civil:	Nacionalidad:	Otra:
Femenino	Soltero(a)	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento:	Municipio de Nacimiento:
2001/07/18	SANTANDER	BARRANCABERMEJA

Dirección de Residencia:	Departamento de Residencia:	Municipio de Residencia:
MANZANA C CASA 3 TEJARES DEL	MAGDALENA	SANTA MARTA

Edad:	Hijos:	Personas a cargo:
23	0	0

Correo Electrónico:	Celular:	Teléfono:
ESTEFANYUSEDAPINEDO@GMAIL.COM	3028693769	

Tipo de Ocupación:	Tipo de Vivienda:
Independiente	Propia

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación:	Título Obtenido:	Fecha de Grado:
Pregrado	ENFERMERA	2024/07/26

Información Financiera

Tipo de Producto:	No. de Producto:	Entidad:	Sucursal:	Antigüedad:
AHORRO	77920314395	BANCOLOMBIA	BUENAVISTA	2017/02/08

Contrato Vigente o Contrato Anterior

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

Empresa o Entidad:	Tipo de Entidad:	País:
	Selecciona uno...	

Departamento:	Municipio:	Correo Electrónico de la Entidad:
Seleccione...		

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 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:

.

Afiliación a Seguridad Social

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

EPS:	Fondo de Pensiones:	ARL:
SANITAS	COLPENSIONES	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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.