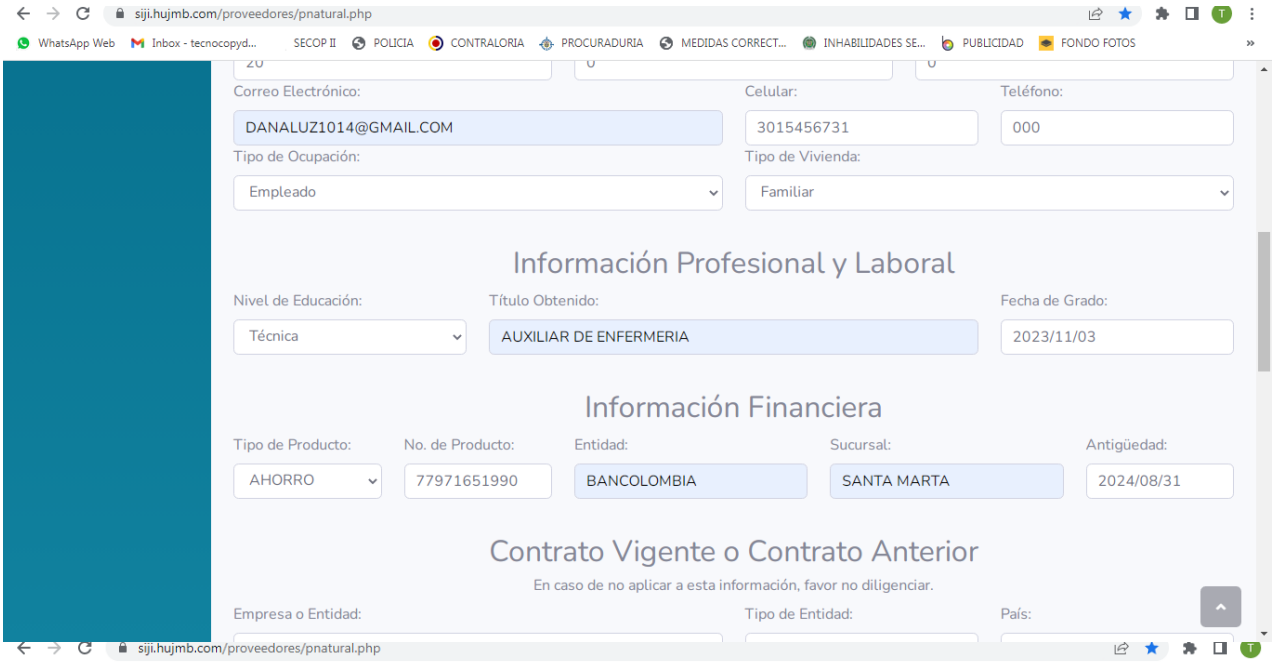

WhatsApp Web
Inbox - tecnocopyd...
SECOP II
POLICIA
CONTRALORIA
PROCURADURIA
MEDIDAS CORRECT...
INHABILIDADES SE...
PUBLICIDAD
FONDO FOTOS
Persona Natural
Persona Jurídica
Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario.
Datos Personales
Id Consecutivo:
Registro de Formulario:
2024-09-05, 5:35 pm
Primer Apellido:
VILLERO
Segundo Apellido:
REDONDO
Primer Nombre:
DANA
Segundo Nombre:
LUZ
Tipo de Documento:
C.C.
No. de Documento
1082848913
Expedida en:
SANTA MARTA
Fecha de Expedición:
2022/01/26
Sexo:
Femenino
Estado Civil:
Unión libre
Nacionalidad:
Colombiano
Otra:
Fecha de Nacimiento:
2004/01/05
Departamento de Nacimiento:
MAGDALENA
Municipio de Nacimiento:
SANTA MARTA
Dirección de Residencia:
CARRERA 25 #8-87 JUAN XXII
Departamento de Residencia:
MAGDALENA
Municipio de Residencia:
SANTA MARTA
Edad:
20
Hijos:
0
Personas a cargo:
0


siji.hujmb.com/proveedores/pnatural.php
WhatsApp Web
Inbox - tecnocopyd...
SECOP II
POLICIA
CONTRALORIA
PROCURADURIA
MEDIDAS CORRECT...
INHABILIDADES SE...
PUBLICIDAD
FONDO FOTOS
Correo Electrónico:
DANALUZ1014@GMAIL.COM
Celular:
3015456731
Teléfono:
000
Tipo de Ocupación:
Empleado
Tipo de Vivienda:
Familiar
Información Profesional y Laboral
Nivel de Educación:
Técnica
Título Obtenido:
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de Grado:
2023/11/03
Información Financiera
Tipo de Producto:
AHORRO
No. de Producto:
77971651990
Entidad:
BANCOLOMBIA
Sucursal:
SANTA MARTA
Antigüedad:
2024/08/31
Contrato Vigente o Contrato Anterior
En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.
Empresa o Entidad:
Tipo de Entidad:
País:


siji.hujmb.com/proveedores/pnatural.php
WhatsApp Web
Inbox - tecnocopyd...
SECOP II
POLICIA
CONTRALORIA
PROCURADURIA
MEDIDAS CORRECT...
INHABILIDADES SE...
PUBLICIDAD
FONDO FOTOS
Selecciona uno...
Departamento:
Seleccione...
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 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:


Origen de los Bienes y Fondos:
Afiliación a Seguridad Social
En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.
EPS:
CAJACOPI
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
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.


SIJI
Persona Natural
Persona Jurídica
Registro de Proveedores - Persona Natural
Bien hecho! Los datos han sido guardados con éxito.
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, 5:40 pm
Primer Apellido:
Segundo Apellido:
Primer Nombre:
Segundo Nombre:
Tipo de Documento:
No. de Documento
Expedida en:
Fecha de Expedición:
Selecciona uno...
AAAA/MM/DD
Sexo:
Estado Civil:
Nacionalidad:
Otra:
Selecciona uno...
Fecha de Nacimiento:
Departamento de Nacimiento:
Municipio de Nacimiento: