Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

KEYRIS MICHELLE ARVILLA CERA														Sexo		
														M	F	X
Tipo de Documento									Número			Expedido en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082853347			SANTA MARTA		3/07/2006		
Estado Civil (Selecciona)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbana	
	X							X		3			X		X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento		
9	10	1986	SANTA MARTA			MZ 33 CASA 25 NUEVA ANDREA CAROLINA					SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico											No. Celular			Teléfono		
keyris86@gmail.com											3052661536					
Ocupación (Selecciona)											Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado								
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU					
8299											Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	CONTRATISTA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	6054346252

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2. 700.000	Total Egresos mensules	2.580.000
Otros Ingresos Mensules	500.000	Otros Egresos Mensuales	450.000
Total Activos	3.200,000	Total Pasivos	3.130.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año 2025	Es declarante?	SI x NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

no manejo beneficios publicos ni ostento de ningun grado publico

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

declaro que no soy persona politicamente expuesta

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

de mis ingresos laborales como independiente y familiares

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: Mis ingresos como independiente DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($ 2,700,000) y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):