Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1082932071	SANTA MARTA	2009/05/08	12/12/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
VENGOECHEA	RUIZ	MARIA	ISABEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	AB+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1991/04/13	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MIRADOR DE MINCA TORRE 11 AF	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3008529330	3008529330	mariaisabelvengoechearuiz@hotmai

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA NORMAL PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO DE LA PRESENTACION

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2016

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):

ESPECIALISTA	UNIVERSIDAD TADEO LOZANO	ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AU

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO UCI NEONATAL Y PEDIATRICA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA PRADO	MEDICO	2018/12/14	2023/06/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARIA TERESA RUIZ	3046279335	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
MIRIAM RUIZ	3145131317	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MARICHYRUIZ	MARIA ISABEL		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Famisanar	Colfondos	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.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.