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.	1082922063	SANTA MARTA	2008/10/15	28/02/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DIAZ	SOTO	KELLIS	JOHANA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1990/02/14	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
TEJARES DEL LIBERTADOR	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3013297525	3013297525	kjohana1082922063@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA SAN FRANCISCO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA SAN FRANCISCO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASMEMAG	2001

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

---REALIZAR ANTE FARMACIA LOS INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES QUE EGRESEN E INGRESEN AL SERVICIO O CAMBIO POR ORDEN MÉDICA
--- REALIZAR LAS RESPECTIVAS DEVOLUCIONES A FARMACIA DE INSUMOS O MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE YA NO REQUIERA BAJO LA SUPERVISIÓN DE LA ENFERMERA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOGAR SALUD ISP	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/06/03	2024/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DARLYS APONTE OSPINA	3006886010	Tía

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ARELIS COSTA	3164332670	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	KELLY DIAZ		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Protección	No afiliado

☐ 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 2025.