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.	1001943772	SANTA MARTA	2021/01/20	17/03/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SALCEDO	MAESTRE	JENIFFER	PAOLA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2003/01/18	ATLÁNTICO	Barranquilla

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 31 #10-66 COREA	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3015550126	3015550126	SALCEDOJENI081@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO SANTIAGO MARQUEZ

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D LICEO SAMARIO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO LABORAL EN ASISTENTE	CORPORACION BOLIVARIANA DEI	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. ENVIO DE LA CORRESPONDENCIA EXTERNA POR LA PLATAFORMA DE DEPRISA
2. DIGITALIZACION DE INCAPACIDADES, VACACIONES, PERMISOS, ENTRE OTROS
3. ORGANIZACION, CLASIFICACION Y ARCHIVO DE LOS EXPEDIENTES
4. FOTOCOPIADO E IMPRESIONES
5. RECORRIDO INTERNO DE LA DISTRIBUCION DE LA DOCUMENTACION

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
SOCIEDAD PORTUARIA REGIONAL DE SANT	ASISTENTE ADMINISTRA	2023/10/04	2024/10/03

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JUAN MAESTRE NEGRE	3117249522	Tío
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
SANDRA MAESTRE NEGRETE	3004131049	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SALCEDOJENI081	JENIFFERSALCEDO	NO	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Cajacopi	Colpensiones	Positiva

- [x] 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.

- [x] 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.