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.	57465955	SANTA MARTA	2003/12/02	31/03/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MELCHOR	TORREGROZA	KATIANA	PAOLA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/10/26	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
KRA 21 # 29D - 103 BULEVAR DE I	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3146676455	3146676455	katianapaolam@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	LICEO NORTE

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LICEO DEL NORTE

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CESMAG	2003

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA.
2. PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.
3. EJECUCIÓN DE RUTINAS DEL SERVICIO (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/08/01	2024/11/28

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JAVIER MARTINEZ	3188000774	Primo
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
JOSE SENEN IBAÑEZ	3002690778	Tío

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
@KATIANAMELCHOR			

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Colpensiones	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 2025.