DOCON

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.	57460546	SANTA MARTA		2002/09/1	13/11/202
Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Foto**	**Ver foto**
SALAZAR	BARRIOS	NAYIBIS	DELCARME	Seleccionar	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/06/11	MAGDALENA	183
Dirección de Residencia	**Departamento de Residencia**	**Municipio de Residencia**
MZ 7 CASA 8 LÍBANO	MAGDALENA	877
Teléfono	**Celular**	**Correo Electrónico**
3002720977	3002720977	nasalazar11@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CERRO DE SAN ANTONIO	ESCUELA URBANA DE NIÑAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CERRO DE SAN ANTONIO	COLEGIO NACIONALIZADO DE BACHILLERATC

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CETECOS	2005

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):

Institución Estudios (Postgrado):

Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
TOMAR SIGNOS VITALES
HACER RONDAS CON ESPECIALISTAS
REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉN

Cargo o perfil: AUXILIAR DE ENFER

Fecha de Inicio: 2014/09/0

Fecha de Fin: 2024/08/1

Referencias Familiares

Referencia Personal 1: ROYMAN PEÑA

Teléfono Referencia 1: 3008547906

Parentesco: Esposo(a)

Referencia Personal 2: ZENIA SALAZAR

Teléfono Referencia 2: 3145257729

Parentesco: Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram: NAYISALAZAR11

Facebook: NAYI SALAZAR B

X:

TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS: EPS Famisanar

AFP: Porvenir

ARL: 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 2024.