DOCON

- Certificación de Contratos
- Cuentas de Cobro
- Cargar Documentos
- Formulario Proveedor

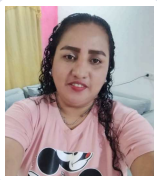
¡Información Importante!

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.	5734945	PUEBLOVIEJO	2004/03/2	29/12/202

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
RODRIGU	SANDOVA	KAREN	MILENA	Seleccionar	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1985/08/18	MAGDALENA	690

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 4 KRA. 4A #4A-06	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3043735792	3043735792	rodriguezsandovalkaren198

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
PALMIRA	ESCUELA RURAL MIXTA DE PALMIRA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIÉNAGA	MANUEL J DEL CASTILLO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnic	AUXILIAR DE ENFERMERIA	COOPORACION EDUCATIV	2008

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO M	AUXILIAR DE ENFE	2022/08/0	2024/08/0

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ANA KARINA RODRÍGUEZ	3014015086	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
WILSON SIMANCA SANDC	4015538760	Primo

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Cajacopi	Porvenir	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.