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.	1084450143	SANTA MARTA	2024/08/07	09/01/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MORALES	VANEGAS	MILAGRO	FAYSHU	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2003/11/18	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 44# 24-14	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3022257939	3022257939	milagrosfayshu@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I.E.D RODRIGO GALVAN DE LAS BASTIDAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	JUAN MAIGUEL D OZUNA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO TECNICO DEL NORTE	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

SIMPRE HE TRABAJADO INDEPENDIENTE, HE TENIDO PACIENTES CON DIFERENTES DIAGNOSTICOS LOS CUALES HAN SIDO PACIENTES CON TRAQUECTOMIA, GASTROTOMIA, BASICOS LOS CUALES SOLO ES ADMINISTRAR MEDICAMENTOS, HE TRATADO PACIENTES CON ALZHAIMER Y PARKINSON LOS CUALES LOS HE SABIDO MANEJAR, APESAR DE TODO MI EXPERENCIA REQUERIDA QUIERO TENER MAS CONOCIMIENTO EN ESTA LABOR YA QUE SE DEBE TENER MUCHA RESPONSIBILIDAD Y AMOR.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
NINGUNO	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/03/10	2024/10/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
VALERY CABANA	3014630812	Prima
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
EMMA PEREZ	3128056805	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MORALEMILA	MILAGROS MORALES	NINGUNO	NINGUNO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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 2025.