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.	1128192209	ZONA BANANERA	2006/01/25	26/03/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CARRILLO	ALTAMAR	LEDYS	MARIA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1987/12/04	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CLL 50 # 20-23	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3022535163	3022535163	lediscarrillo1987@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
ZONA BANANERA	IED THELMA ROSA AREVALO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
ZONA BANANERA	IED THELMA ROSA AREVALO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO OCUPACIONAL EN AUXII	CESMAG	2007

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. EN EL HOSPITAL DE ZONA BANANERA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD (PYP)
2. CONSULTA EXTERNA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA	ENFERMERA DE APOYO	2012/03/01	2023/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
HUMBERTO VARELA	3008584023	Esposo(a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MARICELA CARRILLO	3202858775	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO TENGO	LEMACAALT	NO TENGO	NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Protección	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.