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.	1083027564	SANTA MARTA	2015/08/25	16/07/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DANIELA	ISABEL	ARANGO	CAMPO	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	NA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1997/08/20	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA 28 CASA 19 EL PARQU	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3052830053	3052830053	DANIARANGOCAMPO@GMAIL.CO

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL BUENA ENSEÑAZ

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL LICEO EL PARQUI

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA PROFESIONAL	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2020

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA PROFESIONAL CON 4 AÑOS Y NUEVE MESES DE EXPERIENCIA LABORAL CON EXPERIENCIA LABORAL DE LOS CUALES 2 FUERON EN EL AREA ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACION Y MATERNIDAD Y AÑO Y 3 MESES COMO COORDINADORA DE CONSULTA EXTERNA EXPERIENCIA LOBORAL EN EL HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE EN AREA DE HOSPITALIZACION

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA PRADO	ENFERMERA PROFESIOI	2020/12/09	2024/03/26

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ALVARO JOSE LOPEZ FORNARIS	3013734165	Padre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MONICA PATRICIA CAMPO TORRE	3104096059	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
DANIISA9797	DANIELA ISABEL LOPEZ		DANIISALOPEZ

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Porvenir	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 2025.