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.	1048288433	SANTA MARTA	2023/03/10	17/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DIAZ	MONTENEGR(	JHONJAIDER	RUBEN	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	O+	Colombiano	0

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2004/04/22	ATLÁNTICO	88

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
KR64A#6A-51	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3016002506	3016002506	diazjhonjaider1@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

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

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL NICOLAS BUENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO TECNICO DEL NORTE	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EJECUCIÓN DE RUTINAS DEL SERVICIO (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA, ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN, TOMA DE GLUCOMETRÍA, CAMBIOS DE POSICIÓN, ARREGLO DE LA UNIDAD, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, REALIZAR VENOPUNCIÓN Y VERIFICAR SIGNOS DE FLEBITIS, INSTALAR Y RETIRAR INFUSIONES DE LÍQUIDOS, ASEPSIA A LOS IMPLEMENTOS DE TRABAJO COMO ASPIRADOR, RIÑONERAS, PISINGOS, PATOS CADA VEZ

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/11/20	2025/03/25

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
RUBÉN DÍAZ MONTENEGRO	3016420460	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
LILIBET MONTENEGRO	3013408626	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
@JHONJAIDER DIAZ	HONJAIDER DIAZ		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Colpensiones	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.