DOCON

Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

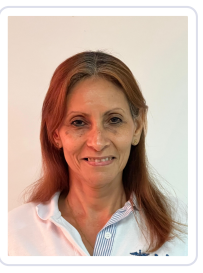
Formulario Proveedor

¡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.	57433465	SANTA MARTA		1990/07/16	17/07/2025
Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Foto**	**Ver foto**
ESPEJO	APRESA	NORETSY	MARGARIT	Elegir archiv	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a	A-	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1971/05/22	MAGDALENA	877
Dirección de Residencia	**Departamento de Residencia**	**Municipio de Residencia**
CRA. 15 # 41-21 B/MARIA EL	MAGDALENA	877
Teléfono	**Celular**	**Correo Electrónico**
3003020208	3003020208	milerarixa@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

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

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D. INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	SECRETARIA GENERAL	SERVICIO NACIONAL DE APF	1990

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEN

Cargo o perfil: AUX. ADMINISTRAT

Fecha de Inicio: 2024/01/11

Fecha de Fin: 2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MILLER ARIZA MENDOZA	316337063	Conyuge
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
LEDYS GUERRERO HERNANI	3023355163	Tía

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 2025.