Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

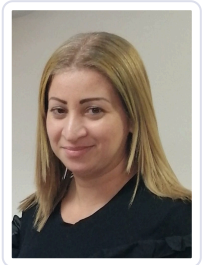
¡Información Importante!

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.	36454177	FUNDACION	1998/02/01	16/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
RADA	MARTINEZ	CLARA	RADA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1979/08/09	MAGDALENA	352

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 A	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3004325002	3004325002	cradam1415@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
FUNDACION	SAGRADO CORAZON

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
FUNDACION	SAGRADO CORAZON

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	CONTABILIDAD EMPRESARIAL SIS	ICTES	2003

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1 DURANTE EL MES DE JULIO ASIGNE 794 CITAS Y TURNERO DE CODIGO 181 SOLICITE A LA COORDINACION EXTRA CUPOS PARA GARANTIZAR LA ATENCION OPORTUNA DE LOS PTES DE POSOPERATORIO
2 SE ORIENTO DEBIDAMENTE A LOS USUARIOS EL PROCESO DE ACTIVACION DE CITA AL MOMENTO DE LLEGAR A LA MISMA. Y SE HIZO LA DEBIDA REPROMACIÓN DE PACIENTES CON PERDIDA DE CITAS O ALGUNA OTRA EVENTUALIDAD.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	CALL CENTER	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ANTALCIDES BERDUGO HERRERA	3012632341	Conyuge

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
LEONARDO RADA MARTINEZ	3016381499	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
CLARARADA	CLARA INES RADA MAR		

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.