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.	10830418	SANTA MARTA		2017/01/13	22/07/2025
Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Foto**	**Ver foto**
PAEZ	RANGEL	KEINER	DAVID	Examinar...	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Unión libre	O+		

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/12/22	MAGDALENA	877
Dirección de Residencia	**Departamento de Residencia**	**Municipio de Residencia**
MZ G CASA 8 ROSALÍA 4 ET.	MAGDALENA	877
Teléfono	**Celular**	**Correo Electrónico**
3006276346	3006276346	keynerpaez12@gmail.con

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	IED ALUNA FE Y ALEGRÍA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	IED ALUNA FE Y ALEGRÍA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Tecnólogic	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ASMEMAG	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HUJMB	AUXILIAR CAMILLEI	2022/07/0:	2024/07/3:

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LEYDIS GARCÍA	3022860068	Conyuge
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
RITA RANGEL	3116578567	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.