Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar documentos
Formulario Proveedor

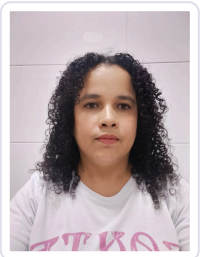
¡Información importante!

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 máximo de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos personales

Tipo de documento:	N.º de documento	Expedida en	Fecha de expedición:	Registro de formulario
CC	1082884388	SANTA MARTA	2006/10/03	15/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Foto	Ver foto
GONZALEZ	OROZCO	CECILIA	PAOLA	Seleccionar arc	

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

Fecha de nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1988/09/25	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 29 B #1C18	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3005262053	3005262053	ceciliapaolagonzalezorozco@gmail.c

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	MADRE MAZARELLO

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LAURA VICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	PROMOTORIA EN SALUD	CREF	2023

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

FACTURAR LOS SERVICIOS PRESTADOS A LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA TANTO PROCEDIMIENTOCOMO CONSULTAS DE LOS ESPECIALISTAS
RALIZAR EL ALISTAMIENTO ARMADO Y ESCANEADO DE LAS FACTURAS REALIZADAS DEL DIA A DIA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Carga o perfil:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	FACTURADOR	2024/04/18	2024/07/31

Referencias familiares

Referencia personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
OMAR DAVID GONZALEZ OROZCC	3106688835	Hermano (a)
Referencia personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
YOMAIRA ORTIZ RODRIGUEZ	3004651931	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	INCÓGNITA:	TikTok:
CECILIA GONZALEZ	CECILIA GONZALEZ	CECILIA PAOLA GONZAI	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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.