Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

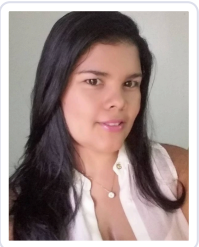
¡Información Importante!

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.	1082853347	SANTA MARTA	2005/02/03	24/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ARVILLA	CERA	KEYRIS	MICHELLE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	O+	Colombiano	1

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1986/10/09	ATLÁNTICO	88

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 31 CASA 24 NUEVA ANDREA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3052661536	3052661536	KEYRIS86@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	AGUSTIN NIETO CABALLERO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	HUGO J BERMUDEZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	FACTURADOR EN SERVICIOS DE S	SENA	2020

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION EN SERVICIOS DE SALUD, EN LAS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DEL AREA DE SANTA MARTA MAGDALENA.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	FACTURADOR DE CONS	2019/11/01	2024/03/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
TAIMYS SAMARYS ARVILLA CERA	3017133661	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
JAVIER ENRIQUE ARVILLA FILL	3002376126	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
KEYMICHE2	KEY ARVILLA		

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.

¡Éxito!

Los datos del proveedor se actualizaron correctamente.

OK