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.	1082862907	SANTA MARTA	2023/03/10	04/09/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PACHECO	DE ORO	KATHERIN	MICHEL	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2005/03/03	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
KRA 30 CALLE 50 -9 TORRE BRISA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3244138474	3244138474	katherinpachecho.03@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I.E.D LICEO SAMARIO SEDE 2

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D LICEO SAMARIO SEDE 1

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ASMEMAG	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EXPERIENCIA DESTACADA EN LA PREPARACIÓN PRECISA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES, GARANTIZANDO LA ADMINISTRACIÓN SEGURA Y EFECTIVA DE LOS MISMOS.
GESTIÓN EFICIENTE DE KARDEX, NOTAS DE ENFERMERÍA, BALANCES HÍDRICOS Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS PARA UNA CARGA DE CASOS MENSUAL DE MÁS DE 80 PACIENTES, LO QUE RESULTÓ EN UNA ATENCIÓN MÁS ORGANIZADA Y PRECISA.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPIHOGAR	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/05/01	2025/09/01

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
BREYDI YAZIN GORDILLO ANGULC	3154453463	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MARIA FERNANDA TAMAYO DE OI	3144175759	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	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.