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.	39143911	CIENAGA MAGDALENA	2002/07/18	16/06/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
FONSECA	MARIANO	CLARA	IVETH	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/02/16	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
URBANIZACION SANTA HELENA M	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3116521641	3116521641	clarai_fonseca@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CIENAGA MAGADALENA	INSTITUTO DARIO TORREGROSA PÉREZ

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA MAGDALENA	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE COMERCIO VIRGINIA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO OCUPACIONAL AUXILIAI	" CESMAG " GABRIEL ANGULO	2004

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXX

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN UCIN

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA DE LA MUJER	AUXILIAR DE ENFERMEI	2021/02/08	2025/06/11

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
GONZALO CABRERA MARCIALES	3204673369	Conyuge
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ALBEIRO FONSECA MARIANO	3006278941	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
CLARA_FONSECA_MAR	CLARA IVETH FONSECA	XXXXXXX	XXXXXXX

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.