

DOCON

Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

0%

Tipo de Documento:

C.C.

Primer Apellido

PINZON

No. de Documento

1082923644

Segundo Apellido

HERNANDEZ

Expedida en

SANTA MARTA

Primer Nombre

ANGELICA

Segundo Nombre

MARIA

Fecha de Expedición:

2024/08/07

Foto

Seleccionar archivo

Registro de Formulario

15/10/2025, 10:00

Ver foto



Sexo

Mujer

Estado Civil

Soltero(a)

RH

O+

Nacionalidad

Colombiano

Otra

SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:

1990/11/08

Departamento de Nacimiento

MAGDALENA

Municipio de Nacimiento

877

Dirección de Residencia

CALLE 41 #11 - 30

Departamento de Residencia

MAGDALENA

Municipio de Residencia

877

Teléfono

3013467914

Celular

3013467914

Correo Electrónico

angelicapinzonher@gmail.com

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):

SANTA MARTA

Institución Estudios (Primaria):

I.E.D. JACKELINE KENEDY

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):

SANTA MARTA

Institución Estudios (Secundaria):

I.E.D. JACKELINE KENEDY

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:

Universitario

Título Obtenido:

MEDICO

Institución:

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Año de Graduación:

2021

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):

Institución Estudios (Postgrado):

Título Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Valorar, evolucionar, y dar seguimiento a pacientes víctimas de trauma .
- Solicitar exámenes de laboratorio, estudio de imágenes y valoraciones por especialistas.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

CARGO O PERFIL:

FECHA DE INICIO:

FECHA DE FIN:

CLINICA BAHIA

MEDICO GENERAL

2022/10/22

2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

TELÉFONO REFERENCIA 1:

PARENTESCO:

CINDY PADILLA

3046550529

Hermano (a)

Referencia Personal 2:

TELÉFONO REFERENCIA 2:

PARENTESCO:

LOIDA HERNANDEZ

3113444029

Madre

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

SI

NO

NO

NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Sanitas

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