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: C.C.
No. de Documento: 1082865816
Expedida en: SANTA MARTA
Fecha de Expedición: 2005/09/05
Registro de Formulario: 15/10/2025, 0

Primer Apellido: RODRI
Segundo Apellido: ATEHORTUA
Primer Nombre: ILDA
Segundo Nombre: CECILIA
Foto: Seleccionar arc
Ver foto



Sexo: Mujer
Estado Civil: Soltero(a)
RH: A+
Nacionalidad: Otra
Otra:

Fecha de Nacimiento: 2024/08/07
Departamento de Nacimiento: MAGDALENA
Municipio de Nacimiento: 219

Dirección de Residencia: CALLE 14 # Q 14-41 BARRIO GAIR
Departamento de Residencia: MAGDALENA
Municipio de Residencia: 877

Teléfono: 3127047781
Celular: 3127047781
Correo Electrónico: jafetelias2016@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria): GUACAMAYAL MAGDALENA
Institución Estudios (Primaria): MIGUEL DE CERVANTES

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria): CIUDAD PERDIDA MEGDALENA
Institución Estudios (Secundaria): INSTITUCION DEPARTAMENTAL CIUDAD PERDIDA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación: Técnica
Título Obtenido: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Institución: CETECOS
Año de Graduación: 2006

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA.
2. PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.
3. EJECUCIÓN DE RUTINAS DEL SERVICIO (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2022/10/19	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
YOLANDA ATEHORTUA LEAL	3148544107	Tía

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
YESENIA ISABEL RODRIGUEZ	3244436111	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
@HILDARODRIGUEZ	HILDA RODRIGUEZ		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Famisanar	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.