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.	1082947088	SANTA MARTA	2010/03/01	15/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
LABARCES	RINCÓN	KATTIA	MARGARITA	Seleccionar arc	Foto del proveedor

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	N/A

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1992/02/21	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
KR 30 D SUR 50- 09	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3005917866	3005917866	katymargaret21@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I E D LAURA VICUÑA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I E D LAURA VICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA JEFE	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2017

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

CUMPLIMIENTO EN MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS
REALIZAR CON BUENA ACTITUD MI TURNO Y LLEGAR SIEMPRE A LA HORA CORRESPONDIENTE DE MI HORARIO ASIGNADO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA CEHOCA	ENFERMERA JEFE	2015/01/02	2015/12/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JOSE DAVID MEJIA	3107020907	Hijo

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ELSI MARIA DURAN RINCON	3005133476	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
KATIAMARGARITALABE	KATIAMARGARITALABE	N/A	N/A

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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.