Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

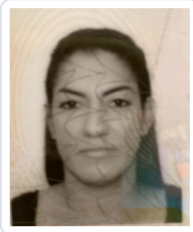
¡Información Importante!

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.	1082844773	SANTA MARTA	2024/08/07	10/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
HOYOS	VAZQUES	MARIA	ISABEL	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 26A 17A 68	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
45676899	3017606099	ISABEL131985@OUTLOOK.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	SANTA CATALINA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SESMAG	2012

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

GARANTIZAR LA PRESENCIA OPORTUNA, CUANDO SE REQUIERA HACER LOS PROCEDIMIENTOS Y LABORES PROPIAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUALQUIER SERVICIO DE LA E.S.E
OBSERVACIÓN Y REPORTE DE SIGNOS DE ALARMA PRESENTADOS POR SUS PACIENTES
INFORMAR LAS FALLAS DE MATERIAL Y EQUIPO DE SERVICIOS, AL LÍDER MÁS CERCANO.
PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA EN SERVICIO PARA DESARROLLO DE PERSONAL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2013/09/01	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
NATALIA MAESTRE	3135478606	Tía
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
DAVID RODIÑO	3106944076	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	ISABEL HOYOS		ISABEL HOYOS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.