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.	1082247695	ARIGUANY	2009/10/29	19/05/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
NARVAEZ	SANCHEZ	DIDIER	ISABEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	A+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1991/08/06	MAGDALENA	63

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ M CASA 15 CONJUNTO VILLA 7	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3117923334	3117923334	ISABELLANS02@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
DIFICIL	I.E.D JORGE ELIECER GAITAN

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
DIFICIL	I.E.D. LICEO ARIGUANY

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ	2016

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1 RECIBI Y ENTREGUE TURNO DE ACUERDO A LA GUIA
2 PROPORCIONE LA ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA ,HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FISICAS,FISIOLOGICAS,PSICOLOGICAS
3 REALICE LAS RUTINAS DEL SERVICIO(TOMA DE SIGNOS VITALES,BAÑO EN CAMA,ASISTIR EN LA ALIMENTACION,TOMA DE GLUCOMETRIA,CAMBIOS DE POSICION,ARREGLO DE LA UNIDAD,TOMA DE MUESTRA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	ENFERMERA	2017/08/01	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LINA ZARA	3114144672	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
HARRISON EGUIS	3106835528	Esposo(a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO	NO	NO	NO

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.