Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

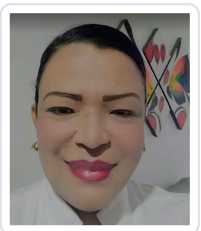
¡Información Importante!

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.	39004498	CIENAGA	1996/10/08	11/05/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
HENRIQUEZ	ROJAS	MARINELLA	MARINELLA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1979/08/03	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CONCEPCION 2 MANZANA A CAS/	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3013366206	3013366206	marinellahenriquez@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CIENAGA-MAGDALENA	INSTITUTO VIRGINIA GOMEZ

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA-MAGDALENA	SAN JUAN DEL CORDOBA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA JEFE	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	ENFERMENRA JEFE

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ESTUDIOS CORRESPONDIENTES A SALUD MENTAL, FORMACIÓN EN MANEJO Y USO DEL D.E.A, FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, FORMACIÓN EN MANEJO PACIENTE PREVENTIVO COVID-19, FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN-PAI CON PROFUNDIZACIÓN EN COVID-19, FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS PARA ANALISIS MICROBIOLOGICO, FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, SOPORTE VITAL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA LA MILAGROSA	ENFERMERA SUPERIOR	2015/01/05	2021/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JAIME HENRIQUEZ ROJAS	3004611887	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
HERNAN HENIRQUEZ ROJAS	3227349756	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MARINELLAHENRIQUEZ	MARINELLAHENRIQUEZ	NO TENGO	NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.