Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

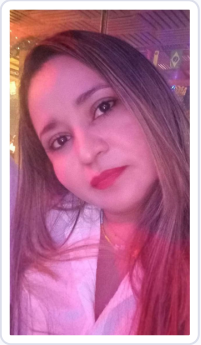
¡Información Importante!

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.	57460546	SANTA MARTA	2002/09/12	12/10/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SALAZAR	BARRIOS	NAYIBIS	DELCARMEN	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/06/11	MAGDALENA	183

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 7 CASA 8 LÍBANO	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3002720977	3002720977	nasalazar11@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CERRO DE SAN ANTONIO	ESCUELA URBANA DE NIÑAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CERRO DE SAN ANTONIO	COLEGIO NACIONALIZADO DE BACHILLERATO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CETECOS	2005

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
TOMAR SIGNOS VITALES
HACER RONDAS CON ESPECIALISTAS
REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2014/09/05	2024/08/16

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ROYMAN PEÑA	3008547906	Esposo(a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ZENIA SALAZAR	3145257729	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NAYISALAZAR11	NAYI SALAZAR B		

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.