DOCON

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: C.C.

No. de Documento: 100427984

Expedida en: PLATO

Fecha de Expedición: 2025/03/16

Registro de Formulario: 07/11/2025

Primer Apellido: PASO

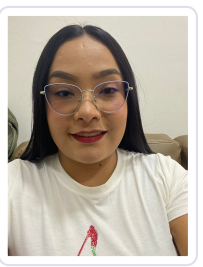
Segundo Apellido: GONZALEZ

Primer Nombre: ELIZABETH

Segundo Nombre:

Foto: Elegir archiv

Ver foto



Sexo: Mujer

Estado Civil: Unión lib

RH: O+

Nacionalidad: Colombiano

Otra: N/A

Fecha de Nacimiento: 1999/03/13

Departamento de Nacimiento: MAGDALENA

Municipio de Nacimiento: 877

Dirección de Residencia: CALLE 29H #30-35 BARRIO S

Departamento de Residencia: MAGDALENA

Municipio de Residencia: 877

Teléfono: 3205336721

Celular: 3205336721

Correo Electrónico: pasoelizabeth8@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria): PLATO, MAGDALENA

Institución Estudios (Primaria): INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIA ALFARO DE (

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria): PLATO, MAGDALENA

Institución Estudios (Secundaria): INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL G

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación: Técnica

Título Obtenido: PRIMEROS AUXILIOS

Institución: SERVICIO NACIONAL DE APF

Año de Graduación: 2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):

Institución Estudios (Postgrado):

Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

FUNGI COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVA EN EL AREA CENTRAL DE CITAS Y ATENCIÓN AL CLIENTE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	AUXILIAR ADMINIST	2023/11/01	2024/06/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
RONALDO ENRIQUE ORTIZ F	3023438758	Conyuge
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
CARMEN CECILIA PAZO MEJI	3212772964	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SI	SI	SI	SI

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Colpensiones	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.