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.	1083033119	SANTA MARTA MAGDALENA	2016/03/28	23/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CANCIO	ARRIETA	ANGIE	PAOLA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/03/11	ATLÁNTICO	88

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 112 #12-53	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3004507635	angiecan7@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA MAGDALENA	LICEO DEL SUR VICTOR DE LIMA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA MAGDALENA	IED DE LA PAZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1.- QUE DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL INFORME ANEXO, DENTRO DEL PERÍODO DE COBRO. 2.- QUE REALICÉ EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR EL VALOR QUE EXIGE LA LEY, PAGO DEL CUAL ANEXO COPIA SIMPLE. 3.- QUE AUTORIZO LOS IMPUESTOS A QUE ESTOY OBLIGADO A PAGAR, POR OCASIÓN AL SEÑALADO CONTRATO. V. ANEXOS (CUANDO SE REQUIERA COMO UNA DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO) DETECTAR LA NECESIDAD DE MATERIAL/EQUIPO DE LOS SERVICIOS Y GESTIONAR LA ADQUISICIÓN

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	ENFERMERA	2024/07/17	2024/06/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DIANA ARRIETA	3013135085	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
TATIANA CANCIO ARIERA	3006454927	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
ANGIE_CANCIO	ANGIE CANCIO	ANGIECANCIO	ANGIECANCIO

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.