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.	1004463565	SANTA MARTA	2019/02/01	27/12/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PONZON	ORTIZ	LESLYE	MILENA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA 6 CASA 10 BOLIVARIAI	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3013503202	3008332504	leslyemileponzon@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I.E.D. ESCUELA NORMAL SUPERIOR SAN PEDRO ALEJA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D. ESCUELA NORMAL SUPERIOR SAN PEDRO ALEJA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO TECNICO DEL NORTE I	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

BAÑO EN CAMA A PACIENTES, MONITOREO, CANALIZACION, INGRESOS Y EGRESOS DE PACIENTES, ORGANIZAR EQUIPOS BIOMEDICOS, REALIZAR TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS Y LLEVARLAS, PREPARAR A PACIENTE CUANDO VA A CIRUGIA, RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, HACER LA CAMA DEL PACIENTE, REALIZAR ASEPSIA CUANDO EL PACIENTE EGRESE, PROPORCIONAR LA ATENCION ADECUADA A LOS PACIENTES SEGUN LA NECESIDAD FISICA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2022/07/01	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
KATIA PAOLA ORTIZ MAURY	3013503202	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ZULLY MIELNA ORTIZ MAURY	3153048847	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
LESLYE PONZON	LESLYE PONZON		

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.