Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

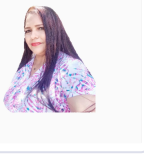
¡Información Importante!

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.	36564711	SANTA MARTA - MAGDALENA	2024/08/07	24/12/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
GOMEZ	GONZALEZ	ROCIO	ISABEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	B-	Colombiano	SANTA MARTA

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

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 12 #39 - 15	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0000000	3014898739	rochisa2011@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA - MAGDALENA	IEDJACKELINE GENNEDY

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA - MADALENA	LICEO CELEDON

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DARCENIS	2007

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EJERZO MI CARRERA COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DESDE EL AÑO 2007 Y CONTINUO EN EL PRESENTE AÑO 2024

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
SORY - SERVIEFECTIVA - HOSPITAL FERNAN	AUXILIAR DE ENFERMEI	2007/04/17	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DANITH CAROLINA CURIEL GOME	3022179475	Hija

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
DALLETH LETICIA CURIEL GOMEZ	3002378488	Hija

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO	NON	NO	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Protección	Colmena Seguros

- [x] 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.

- [x] 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.