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.	1082984612	SANTA MARTA	2024/08/07	18/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CASTRO	CARDOZO	LORAINE		Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1994/03/02	BOLÍVAR	171

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
URBANIZACION ANDREA CAROLIN	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3136113096	3136113096	LORECASTRO0313@HOTMAIL.CO

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA,MAGDALENA	INSTITUTO NANCY

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA MAGDALENA	COLEGIO LA VILLA SANTA MARTA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2017

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO GENERAL EN AREA DE HOSPITALZIACION, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	MEDICO	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
YOLANDA CARDOZO GARZON	3116654009	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
LEONCIO CASTRO ALVARADO	3235839162	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.