DOCON

Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

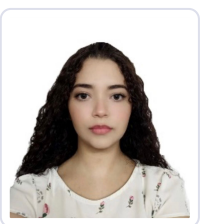
¡Información Importante!

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:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	10830352:	SANTA MARTA	2016/06/0	10/02/202

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ESTRADA	GALINDO	CLARA	INES	Seleccionar	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/04/24	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 31 N 20 - 65	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3007519366	3007519366	CLARA.ESTRADAG24@GMA

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO PRIMERO DE MAYO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	IED EL PANDO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesit	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIV	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
000000	0000000	00000000

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECIBI Y ENTREGUE TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA.
PROPORCIONE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.
ASISTI AL PACIENTE EN LA ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL.
INFORME AL ENFERMERO DE TURNO Y A LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE SEGURIDAD

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRE	CONTRATISTA	2021/07/1(	2024/08/0[

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
CELEDIS ESTRADA	3044815728	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JAIME ESTRADA	3022898766	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
00	000	00	00

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	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 2026.