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.	57299774	SANTA MARTA	2002/08/08	06/01/2026, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SANCHEZ	RIVADENEIRA	MARTHA	MARGARITA	Seleccionar arc	Foto del proveedor

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1983/11/28	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 9 # 30 A 81 17 DE DICIEMB	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3016404417	3016404417	marthasanchez584@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA PRIMERA MIXTA "A"

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO LAURA VICULA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitari	ENFERMERA	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2009

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA	GERENCIA EN SERVICIOS DE SALU

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1 PLANEAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS.
2 SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DETECTADOS O COMUNICADOS; SI ESTÁN FUERA DE SU ALCANCE DERIVARLOS AL NIVEL JERÁRQUICO CORRESPONDIENTE (COORDINADORES DE ÁREAS)
3 REALIZAR RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIARIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDI	ENFERMERA	2023/03/06	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
BEIXY LISETH SANCHEZ RIVADENI	3133211810	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
WILLIAM GREGORIO CASTRO ZUM	3023324203	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MARTHASANCHEZ	MARTHASANCHEZ	@MARTHAS43113821	@MARTHA_0192

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Colfondos	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.