Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

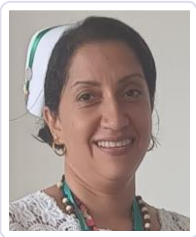
¡Información Importante!

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.	39048344	SANTA MARTA	1998/01/14	01/08/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
RIVERA	MARTINEZ	MILAGRO	DEJESUS	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1979/08/15	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 46B #65-27	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3218332997	3218332997	milagroyjuandi17@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria) :	Institución Estudios (Primaria) :
BOGOTA	COLEGIO INMACULADO CORAZON DE MARIA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria) :	Institución Estudios (Secundaria) :
SANTA MARTA	COLEGIO LICEO COLOMBIA PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE	2004

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado) :	Institución Estudios (Postgrado) :	Titulo Obtenido (Postgrado) :
BARRANQUILLA	UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR	MAGISTER GERENCIA DE LOS SER

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA ASISTENCIAL EN EL AREA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA, QUIRURGICA, GINECOLOGIA, LIDER EN EL PROGRAMA DE CLINICAS DE HERIDAS, COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y URGENCIAS, PROFESORA UNIVERSITARIA.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ	ENFERMERA	2023/11/13	2025/10/10

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MONICA RIVERA MARTINEZ	3116090904	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
OLGA RIVERA MARTINEZ	3157474151	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NA	RIVERA MARTINEZ MILY	NA	NA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colpensiones	Positiva

- [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.