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.	45365892	MARIA LA BAJA	1981/12/14	27/12/2024, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
THERAN	RODRIGUE	GLORIA		Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1963/04/13	BOLÍVAR	545

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CR 26 # 17- 32 BARRIO EL LIBERT/	BOLÍVAR	545

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3022935650	glorithe@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
MARIA LA BAJA	MARIA AUXILIADORA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CARTAGENA	COLEGIO RAFAEL NUÑEZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ESCULA DE AUXILIARES DE ENFEI	1989

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0000	0000	0000

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 DEL PACIENTE LOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERCITARIO JULIO MENDEZ B	AUXILIAR DE ENFERMEI	2019/02/16	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LAURA VANESSA HERASO TERAN	3015231322	Hija

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
NICOLAS RAUL HERASO TERAN	3016918843	Hijo

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
0	0	0	0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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 2024.