Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

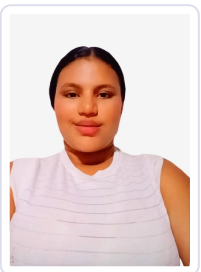
¡Información Importante!

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.	1082404359	PUEBLO VIEJO	2024/09/30	03/11/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
AVELLANEDA	CANTILLO	DANA	VALENTINA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2006/09/25	MAGDALENA	1096

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 4#3-76	MAGDALENA	1096

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3207186390	3207186390	danaavellaneda87@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
PUEBLOVIEJO	SEDE LA GLORIA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
PUEBLOVIEJO	INSEDERUT

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CNET@	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN AREA DE CIRUGIA,MATERNIDA,MEDICINA INTERNA, URGENCIA REALICE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE DE CADA SERVICIO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HSC HOSPITAL SAN CRISTOBAL	AUX ENFERMERIA	2023/06/13	2023/11/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
EDWIN AVELLANEDA	3148662738	Padre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MERLIS CANTILLO	3008839460	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SI	SI	NO	SI

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	No Afiliado	No afiliado

☐ 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.