Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

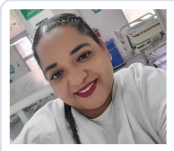
¡Información Importante!

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.	57309119	PIVIJAY	2002/11/28	08/05/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
GOMEZ	LACERA	ESTEFANY	DELSOCORRC	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	PIVIJAY

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/08/16	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 26 CASA 5 PARQUE	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3128769935	3128769935	estefanygomez949@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
PIVIJAY	MARIA INMACULADA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
PIVIJAY	SAGRADO CORAZON DE JESUS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CETECO	2005

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

"GARANTIZAR LA PRESENCIA OPORTUNA, CUANDO SE REQUIERA HACER LOS PROCEDIMIENTOS Y LABORES PROPIAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUALQUIER
SERVICIO DE LA E.S.E"
OBSERVACIÓN Y REPORTE DE SIGNOS DE ALARMA PRESENTADOS POR SUS PACIENTES
INFORMAR LAS FALLAS DE MATERIAL Y EQUIPO DE SERVICIOS, AL LÍDER MÁS CERCANO.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/02/17	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARIA LACERA	3163182165	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ANDRES REBOLLEDO	3015162543	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO TENGO	ESTEFANY LACERA	NO TENGO	NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Protección	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 2026.