Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

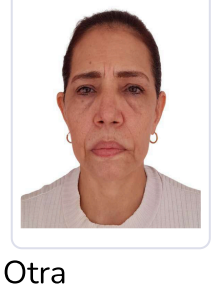
¡Información Importante!

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.	57415318	CIENAGA	1989/02/02	15/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ABRIL	RAMIREZ	ROCIO	DELPILAR	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1969/09/14	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 12 32B 20	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3114223374	3114223374	rpilar914@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CEINAGA	ESCUELA 14 DE NIÑAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA-MAGDALENA	INSTITUTO SAN JUAN DEL CORDOBA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERISIDAD METROPOLITANA	1995

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

REALIZAR RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIARIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE, VENOPUNCIONES, EQUIPOS INVASIVOS, SEGREGACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, ORDEN Y ASEO DE LOS SERVICIOS.
VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y FORMATOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS.
VIGILAR EL USO ADECUADO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA: EXPEDIENTE CLÍNICO, CENSO, REGISTROS ESTADÍSTICOS, PLANES DE ASIGNACIÓN, ROTACIÓN Y OTRO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA MAR CARIBE-COLSALUD	ENFERMERA	2001/01/01	2013/12/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ALVARO ABRIL RAMIREZ	3215489303	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
LUIS SILVA MEJIA	3116598306	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
ABRILRAMIREZROCIO	ROCIO ABRIL RAMIREZ	NA	NA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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 2025.