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
P.E.	5181810	BOGOTA	2022/04/13	27/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
BASTIDAS	BENITEZ	DIAGGNE	REBECA DE JE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Otra	CABIMAS/ESTADO ZULI

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1991/08/03	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 20 CALLE 4B #4-110 BC	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3012048653	3012048653	Diaggnerebecadejesusbe@gmail.co

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CABIMAS/ESTADO ZULIA/VENEZUELA	ESCUELA BASICA NACIONAL LOS LAURELES

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CABIMAS/ESTADO ZULIA/VENEZUELA	UNIDAD EDUCATIVA NACIONAL MANUEL BELLOSO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CORPORACION ASMEDAS SANTA	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	AUXILIAR DE ENFERMEI	2025/08/08	2025/09/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JAIME ALFONSO GRANADOS INFA	3044847070	Primo
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
CANDELARAI REDONDO SANTOYA	3045658059	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	DIAGGNEREBECA@HOT		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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.