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.	1083041210	SANTA MARTA	2016/12/19	06/01/2026, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ROMERO	DE LA ROSA	YULIANA	ISABEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Colombiano	NO

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/12/10	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALL 29 A # 19 A 22 PEREHUETAN	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4206683	3003541545	yuli.isa.1998@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	SANTA CATALINA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CORPORACION ASMEDAS MAGDA	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

LABORE EN LA EMPRESA DE ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA (AMI), COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA REALIZANDO ACOMPAÑAMIENTO A LAS ASESORAS DE AMI EN BRIGADAS DE SALUD, DONDE REALIZABA TAMIZAJE (TOMA DE PRESIÓN, PESO, TALLA, GLUCOMETRÍA), MASAJES PARA MEJORAR LA MOVILIDAD Y CIRCULACIÓN, ELECTROCARDIOGRAMA, CHARLAS Y ACOMPAÑAMIENTO CON KIT DE PRIMEROS AUXILIOS. ACTUALMENTE TRABAJO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE UCI ADULTOS DEL HOSPITAL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA (AMI)	AUXILIAR DE ENFERMEI	2022/09/23	2025/03/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DALGIS ROMERO DE LA ROSA	3016328068	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ANA DALGIS VEGA ESCOBAR	3103510712	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
X	YULIANA ROMERO	X	X

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Porvenir	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 2026.