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.	1004369543	SANTA MARTA	2018/09/24	25/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DAZA	MANJARRES	MAIRA	ALEJANDRA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	B+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2000/08/17	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 20 NO 22-117 CA DE DOS PIS	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3006100199	3006100199	mairadazamanjarres@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO LA PRESENTACION

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO LA PRESENTACION

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
00000	00000	00000

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

OBRAR CON DILIGENCIA Y EL CUIDADO NECESARIO EN LOS ASUNTOS QUE LE ASIGNE EL LÍDER DE ÁREA O SUBGERENTE CIENTÍFICO DE E.S.E.
ENTREGA DE ACTIVIDADES DEJANDO REGISTRO DE LA ENTREGA DE LAS NOVEDADES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO A CARGO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LOS PACIENTES DEL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEND	MEDICA	2023/10/17	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
FERNANDO PERTUZ	3017553703	Primo

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ADALBERTO DAZA	3103626063	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
000	0000	0000	0000

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.