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.	57428478	SANTA MARTA	1988/09/13	12/02/2026, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SUAREZ	MEJIA	CARMEN	BETIS	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1968/05/19	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA Z-1 CASA 17 BARRIO (	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3022979168	3022979168	carmensuarezmejia@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CHIBOLO	MARIA AUXILIADORA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LICEO CELEDON

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AXILIAR DE ENFERMERIA	ASMEMAG	2011

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA
EJECUCIÓN DE RUTINAS DEL SERVICIO (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA, ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN, TOMA DE GLUCOMETRÍA, CAMBIOS DEPOSICIÓN, ARREGLO DE LA UNIDAD, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, REALIZAR NOPUNCIÓN Y VERIFICAR SIGNOS DE FLEBITIS, INSTALAR Y RETIRAR INFUSIONES DE LÍQUIDOS, ASEPSIA A LOS IMPLEMENTOS DE TRABAJO COMO ASPIRADOR,RIÑONERAS,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR DE ENFERMEF	2011/03/08	2024/08/14

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
PARMENIDES OROZCO SUAREZ	3005742541	Hijo

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MARIANA ORDOÑEZ SUAREZ	3004365455	Hija

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
0	MORENITASUAREZ	0	0

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 2026.