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.	1004119879	PEDRAZA MAGDALENA	2015/02/11	25/12/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ARAGON	TORRES	IRINA	MARCELA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1997/02/02	MAGDALENA	653

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 27 #14 -81	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3213401141	IRINAARAGONTORRES@GMAIL.C(

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
BOMBA MAGDALENA	CENTRO AMPIADO BOMBA MAGDALENA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
BALSAMO MAGDALENA	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA CRUZ DE BALSAMO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FUNDACION EMPRESARIAL DEL C	2018

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E HOSPITAL DE PEDRAZA	AUXILIAR DE ENFERMEI	2020/09/01	2023/11/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
FRANKLIN OLIVERO OSPINO	3106853603	Tío
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
NAYIBE TORRES MOYA	3106715761	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SI	SI		SI

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Cajacopi	Porvenir	Sura

☐ 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.