

¡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. ▾	1082918510	SANTA MARTA		2008/08/12	22/12/2025, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CONSUEGRA	FERNANDEZ	MARIA	MARTHA	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾		
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
1990/08/04		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
CLLE 45#4B-27 BARRIO SAN PABI		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3014825048		3014825048		MARIACONSUEGRAFERNANDE@C	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO CAMILO TORRES RESTREPO

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LICEO DEL SUR

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Tecnológica ▾	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CETECO	2022

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1 RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA

2 PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES. (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA, ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN, TOMA DE GLUCOMETRÍA, CAMBIOS DE POSICIÓN, ARREGLO DE LA UNIDAD, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, REALIZAR VENOPUNCIÓN Y VERIFICAR SIGNOS DE FLEBITIS, INSTALAR Y RETIRAR INFUSIONES DE LÍQUIDOS,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ B.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

2024/01/10

2024/04/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

ADALUZ GALVEZ

3106356616

Prima

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

CISER CONSUEGRA

3042487143

Padre

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

MARI_CONSUEGRA

MARIAMARIMARCONFES

N/A

N/A

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Mutual Ser

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 2025.