Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

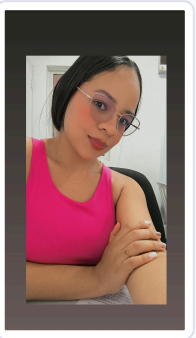
¡Información Importante!

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.	1124415794	MANAURE - GUAJIRA	2022/07/22	22/06/2026, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
VILLA	ARAGON	ISEL	CAROLINA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/04/17	LA GUAJIRA	525

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 15 # 25-25	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0000	3246111593	iselvilla017@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
MAICAO	INSTITUCION EDUCATIVA # 14

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
MAICAO	INSTITUCION EDUCATIVA # 11

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ADMINISTRADOR DE SERVICIOS E	UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC	2020

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZA	GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CA

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUTORIZADOR DEL AREA DE URGENCIA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	TECNICO ADMINISTRAT	2022/02/11	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MIRELIS ARAGON	3136688710	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ROSA MORON	3008087550	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
0000	ISELVILLA	0000	0000

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.