Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

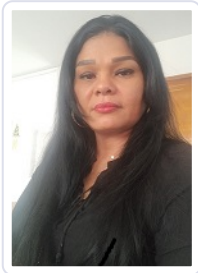
¡Información Importante!

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.	57461946	SANTA MARTA	2002/12/26	22/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
FERNANDEZ	N/A	LEONELA	ALEJANDRA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O-	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1984/11/12	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 38 # 20-231	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3002494151	3002494151	LEONELAF68@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SINSELEJO	ESCUELA 4 MIXTA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SINSELEJO	CORPORACION ESTUDIO DEL CARIBE

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE /	CORPORACION ESTUDIO DEL CAI	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL HUNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E HOSPITAL HUNIVERSITARIO JULIO MEN	APOYO DE FACTURACIC	2024/05/15	2025/04/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARCO ELIAZ FERNANDEZ	3042501570	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
LEONARDO FERNANDEZ	3219373202	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
LEONELA1865	LEONELA FERNANDEZ	0	0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	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.