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.	57294849	SANTA MARTA	2024/08/07	22/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
COHEN	VENGOECHEA	ELIANA	MARIETH	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1983/04/28	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 76 CASA 8 APTO 201 CIUDADE	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4	3215034075	ecohenv@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO ARIANO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LAURA VICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO EN SISTEMAS	CORPORACION UNIFICADA NACIC	2007

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

REALIZAR EL CARGUE Y DESCARGUE DE HISTORIAS CLINICAS EN EL SISTEMA DE INFORMACION CITISALUD.
REALIZAR EL CIERRE DE FACTURAS DE SERVICIOS PRESTADOS A USUARIOS EN LA INSTITUCIÓN
REALIZAR UN CONTROL ESTRICTO DEL CENSO DIARIO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
REALIZAR EL CARGUE DIARIO DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNOSTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	APOYO ADMINISTRATIV	2024/07/09	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LOLY COHEN	3178416453	Tía

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
LIDA COHEN	3157345803	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

- [x] 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.

- [x] 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.