Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

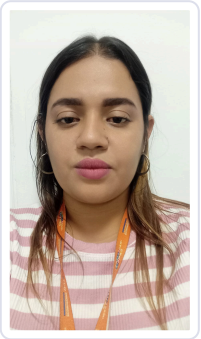
¡Información Importante!

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.	1083007929	SANTA MARTA	2014/01/14	29/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CASAS	NARVAEZ	VIVIAN	DEJESUS	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1995/08/12	MAGDALENA	675

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 26#32C-130	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3002238321	3002238321	viviancasasnarvaez@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
PLATO MAGDALENA	URBANA MIXTA SAN RAFAEL

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
PLATO MAGDALENA	I.E.D. VICTOR CAMARGO ALVAREZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	CONTADOR PUBLICO	CORPORACION UNIFICADA NACIC	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

APOYO EN FACTURACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	FACTURADOR	2024/07/10	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARIA NARVAEZ MIRANDA	3126023357	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
HELIO CASAS PIÑA	3127456123	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
VIVI_KASAS			

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	Protección	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.