Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

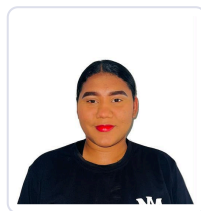
¡Información Importante!

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.	1082850209	SANTA MARTA	2022/10/11	12/08/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
AVENDAÑO	RAMIREZ	NATALIA	NICOLE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2004/10/04	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 29C 19-349	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
1	3042663046	avendanonatalia99@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA MAGDALENA	I.E.D SANTA CATALINA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA MAGDALENA	I.E.D FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CORPORACION BOLVIARIANA DEl	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ASISTENCIA EN TRATAMIENTO
CONTROL DE SIGNOS VITALES

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOGAR SALUD	AUXILIAR DE ENFERMEI	2025/05/03	2026/02/13

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
CLAUDIA HELENA RAMIREZ RIOS	3011064958	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JOSE MIGUEL AVENDAÑO BRITO	3024323574	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NICOLLE_194	NICOLLE AVENDAÑO	X	X

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Colpensiones	Sura

☐ 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.