





Certificación de Contratos



Cuentas de Cobro



Cargar Documentos



Formulario Proveedor

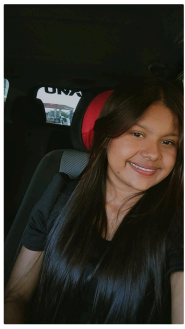


¡Información Importante!

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. ▾	1082247612	BOSCONIA		2025/04/07	13/04/2026, 1
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ALVAREZ	DE AGUAS	NAYEHLIS	DE JESUS	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾	N/A	
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
2007/03/25		MAGDALENA ▾		63 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
SANTA ANA		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3105961809		3105961809		NAYEHLISA@GMAIL.COM	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
ARIGUANI	JORGE ELIECER GAITAN

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
ARIGUANI	LICEO ARIGUANI

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica ▾	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CEDELCA	2024

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

N/A

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL SAN RAFAEL

AUXILIAR DE ENFERMER

2025/10/15

2025/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

EIDIS RAMOS

3116028744

Madre

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

MIROMEL

3234981110

Padre

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

NAYEHLISLVAREZ

NAYEHLIS ALVAREZ

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Salud Total

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 2026.