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.	26670001	SANTA MARTA MAGDALENA	2024/08/07	01/01/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
HERNANDEZ	BOON	MAYUMI		Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA D CASA 5 URB ASOCO	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3008524030	3008524030	sophia311502hernandez@hotmail.c

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	YAKELYNE KENNEDY

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LA CANDELARIA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE C	2010

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVII	ENFERMERA	2019/01/14	2020/04/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JASSIVIS CASTRO	3005589783	Hija

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
DARISLEY CASTRO	3017995386	Hija

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	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.