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.	57444810	SANTA MARTA	1993/11/26	01/03/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
LIZARAZO	ECHEVERIA	CRISTINA	BEATRIZ	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	A-	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1975/09/18	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 11 20A 27	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3004386252	3004386252	cristinal3218@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA NORMAL PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	ESCUELA NORMAL PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERCIDAD COOPERATICA DE (	2001

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA CON ENFASIS EN EL AREA DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y UCI NEONATAL Y PEDIATRICA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
FUNDACION CARDIO VASCULAR	ENFERMERA JEFE	2007/03/05	2009/04/02

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JUAN MANUEL DIAZ LIZARAZO	3012215846	Hijo
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ABELARDO LIZARAZ PLATA	3243031268	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
LIZARAZO375	CRISTINA BEATRIZ LIZA	.	

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Colpensiones	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.