Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

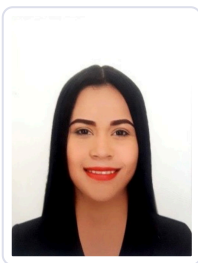
¡Información Importante!

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.	1082844881	SANTA MARTA	2017/11/01	27/09/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DE LA TORRE	MENDOZA	SARAY	ISABEL	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1999/09/22	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 41 B # 17-41	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3012319538	3012319538	delatorresaray5@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I E D EL PANDO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I E D EL PANDO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	CORPORACION BOLIVARIANA DEI	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

FACTURACIÓN DE SERVICIOS, MANEJO DE DOCUMENTOS Y ARCHIVOS
VERIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE FACTURAS
GESTIONAR BASE DE DATOS Y ARCHIVOS
RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ARCHIVOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
COLSALUD CLÍNICA MAR CARIBE S.A	AUXILIAR ADMINISTRAT	2019/10/23	2021/09/27

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
VALENTINA DE LA TORRE	3005152385	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
KAREN DE LA TORRE	3024071476	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SARAYISABEL_D	SARAY ISABEL	X	X

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Colpensiones	No afiliado

☐ 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.