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.	36667307	SANTA MARTA	1994/12/13	24/09/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ROJAS	FONTALVO	ANETH	INES	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	A+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1976/07/23	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MAZ I CASA 18 UBANIZACION TAN	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3015588121	3015588121	anethrojas55@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	JORGE ELIECER GAITAN

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Tecnólogica	GESTION EN PROCESOS ADMINIS	SENA	2016

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	CORPORACION UNIFICADA DE EU	PROFESIONAL EN NEGOCIOS INTE

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECEPCIÓN DE REMISIONES DE LAS DIFERENTES ENTIDADES ADSCRITAS A LA RED PUBLICA Y PRIVADAS, CRUE DPTAL. Y DISTRITAL Y LAS EAPB CONTRIBUTIVAS Y SUBSIDIIADAS Y PRESENTARLAS A LAS DISTINTOS SERVICIOS QUE SE SOLICITEN SEGÚN EL ANEXO 09 CORRESPONDIENTE
REALIZAR CENSO DIARIO DE LOS PACIENTE QUE SE ENCUENTRAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA ESE HUJMB Y ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO. COORDINAR LOS TRASLADOS DE LOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	AUXILIAR REFERENCIA	2023/10/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ANDRES CAMILO RODRIHUEZ ROJ	3007531707	Hijo

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
YOLMER POLO MARQUEZ	3205033424	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
ANNETHINES1	JANETHROJAS		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	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.