Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

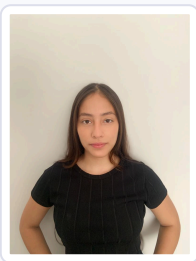
¡Información Importante!

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.	1080423195	CIENAGA MAGDALENA	2023/06/02	18/09/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PIRAQUIVE	CACUA	NATALIA	CAROLINA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2005/05/16	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 36 #38-12 URB MIRA CAMF	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3044634619	3044634619	nataliapiraquive870@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SIERRA NEVADA DE SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA SIBERIA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	IE LA MARIA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE I	ASMEDAS	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE, MARZO DE 2023 - JUNIO DE 2023
• APOYO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE RONDAS HOSPITALARIAS, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO (PRINCIPALMENTE SANGUÍNEAS), PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BAJO SUPERVISIÓN. EJECUCIÓN DE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA CEHOCA	AUXILIAR DE ENFERMEI	2023/03/15	2025/06/20

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
SANDY LORENA PIRAQUIVE CACU	3246844830	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ADIPZA BEATRIZ CACUA FLORES	3126160872	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NATALIAPIRAQUIVE_	NATALIA PIRAQUIVE CA	NATALIAPIR16	NATALIAPCACUA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Colpensiones	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 2025.