Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

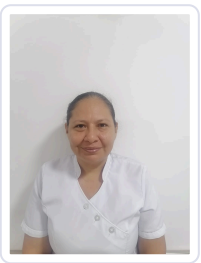
¡Información Importante!

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.	26848326	PUEBLO VIEJO MAGDALENA	2001/11/06	16/02/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SEVILLA	SUAREZ	VIRNA	GREGORIA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1980/06/03	MAGDALENA	690

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
PARQUE DEL BOLIVAR ETAPA I AP	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3114599051	3114599051	vsevillasuarez@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
ISLA DEL ROSARIO MAGDALENA	ESCUELA RURAL DE NIÑA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA MAGDALENA	SANJUAN DEL CORDOBA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSALUD	2001

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EXPERIENCIA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA HOSPITALARIA

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

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
SENEN IBAÑES MOLINA	3114599051	Esposo(a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
LUCINDA SEVILLA SUAREZ	3104599051	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO	NO	NO	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Cajacopi	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 2026.