Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

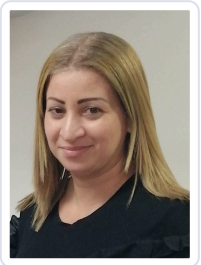
## ¡Información Importante!

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. | 36454177 | FUNDACION | 1998/02/01 | 07/09/2026, 0 |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Foto | Ver foto |
|---|---|---|---|---|---|
| RADA | MARTINEZ | CLARA | INES | Seleccionar arc |  |

| Sexo | Estado Civil | RH | Nacionalidad | Otra |
|---|---|---|---|---|
| Mujer | Unión libre | O+ | Colombiano | |

| Fecha de Nacimiento: | Departamento de Nacimiento | Municipio de Nacimiento |
|---|---|---|
| 1979/08/09 | MAGDALENA | 352 |

| Dirección de Residencia | Departamento de Residencia | Municipio de Residencia |
|---|---|---|
| ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 A | MAGDALENA | 877 |

| Teléfono | Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|
| 3004325002 | 3004325002 | cradam1415@gmail.com |

# Formación Academica (Estudios Primaria)

| Ciudad Estudios (Primaria): | Institución Estudios (Primaria): |
|---|---|
| FUNDACION | SAGRADO CORAZON |

# Formación Academica (Estudios Secundaria)

| Ciudad Estudios (Secundaria): | Institución Estudios (Secundaria): |
|---|---|
| FUNDACION | SAGRADO CORAZON |

# Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

| Tipo de Educación: | Título Obtenido: | Institución: | Año de Graduación: |
|---|---|---|---|
| Técnica | CONTABILIDAD EMPRESARIAL SIS | ICTES | 2003 |

# Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

# Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1 DURANTE EL MES DE JULIO ASIGNE 794 CITAS Y TURNERO DE CODIGO 181 SOLICITE A LA COORDINACION EXTRA CUPOS PARA GARANTIZAR LA ATENCION OPORTUNA DE LOS PTES DE POSOPERATORIO
2 SE ORIENTO DEBIDAMENTE A LOS USUARIOS EL PROCESO DE ACTIVACION DE CITA AL MOMENTO DE LLEGAR A LA MISMA. Y SE HIZO LA DEBIDA REPROMACIÓN DE PACIENTES CON PERDIDA DE CITAS O ALGUNA OTRA EVENTUALIDAD.

| Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: | Cargo o perfil: | Fecha de Inicio: | Fecha de Fin: |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B. | CALL CENTER | 2024/08/07 | 2024/08/07 |

# Referencias Familiares

| Referencia Personal 1: | Teléfono Referencia 1: | Parentesco: |
|---|---|---|
| ANTALCIDES BERDUGO HERRERA | 3012632341 | Conyuge |
| **Referencia Personal 2:** | **Teléfono Referencia 2:** | **Parentesco:** |
| LEONARDO RADA MARTINEZ | 3016381499 | Hermano (a) |

# Redes Sociales

| Instagram: | Facebook: | X: | TikTok: |
|---|---|---|---|
| CLARARADA | CLARA INES RADA MAR | | |

# Afiliación al Sistema de Seguridad Social

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| EPS Salud Total | Protección | 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.