





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. ▾	1004425123	SANTA MARTA		2021/05/31	19/05/2025, 1
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
AVENDAÑO	CASTRO	RAUL	ANTONIO	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Hombre ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾	SANTA MARTA	
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
2003/05/05		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
URBANIZACION ALTOS DE VILLA C		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3127038873		3127038873		RAULAVENDANOCASTRO@GMAIL	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	CAMILO TORRES

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	CAMILO TORRES

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica ▾	AUX DE ENFERMERIA	CETECOS	2022

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUXILIAR DE ENFERMERIA CON TODAS LAS ACTIVIDADES QUE ME SE ASIGNADAS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

AUXILIAR DE TRASLAD

2024/08/07

2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

DAILERY AVENDAÑO CASTRO

3115552084

Hermano (a)

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

RAUL AVENDAÑO CASTRO

3126517067

Padre

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

NO

NO

NO

NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Sanitas

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 2025.