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.	1082884357	SANTA MARTA	2006/10/02	26/03/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
GUTIERREZ	CARDOZO	JOSSUA	RAFAEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1987/09/08	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 21 31-04	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3214816000	3214816000	jossura7817@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA MIXTA 1 DE MAYO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	IED JACQUELINE KENNEDY

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

REALICE SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO, DEJANDO REGISTRO DE ESTA ACTIVIDAD EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE, CON EL FIN DE AGILIZAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS
REALICE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCIÓN MÉDICA, HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO. EPICRISIS, FORMULACIÓN, REGISTRO DE EXÁMENES PARACLÍNICOS, DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y OTROS,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	MEMDICO	2022/08/01	2024/08/26

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
IRIANA BOLIVAR	3002605996	Prima
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
DAYANIS BOLANO	3107773573	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
JOSSUA7817	NO TENGO	NO TENGO	NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	Colfondos	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.