Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

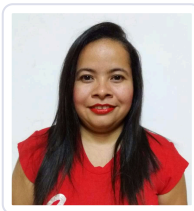
¡Información Importante!

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.	1082857863	SANTA MARTA	2005/04/19	15/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
SMITH	CUAN	KELLY	PATRICIA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	B+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1985/03/30	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA 128 CASA 3 CIUDADEL	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3044848549	3044848549	kellysmith385.ks@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO DE DENNISE

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LICEO COLOMBIA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	ADMINISTRIVO EN SALUD	ASMEMAG	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

OBRAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO NECESARIO EN LOS ASUNTOS QUE ME ASIGNO EL SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO.
FACTURAR LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIA.
REALICAR CIERRE DE FACTURAS Y VERIFICACION DE TARIFAS PACTADAS ENTRE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO Y LA E.S.E.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENI	FACTURADOR	2023/07/01	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JAQUELINE CUAN MOLINA	3024134949	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
GLEN SMITH CUAN	3002864974	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
0	0	0	0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	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.