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.	73145144	CARTAGENA	1970/10/26	16/07/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CAMACHO	JIMENEZ	JESUS	ANTONIO	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Casado(a)	O-	Colombiano	NINGUNA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1989/01/12	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 7B 29 47 CRA 7B #29-4	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3242134326	3242134326	jesuscamacho_@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CARTAGENA	COLEGIO SALESIANOS DE CARTAGENA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CARTAGENA	COLEGIO PEDAGOGICO DEL CARIBE

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitari	MEDICO	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	2014

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO TENGO	NO TENGO	NO TENGO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. OBRAR CON DILIGENCIA Y EL CUIDADO NECESARIO EN LOS ASUNTOS QUE LE ASIGNE EL LÍDER DE ÁREA O SUBGERENTE CIENTÍFICO DE E.S.E.
2. ENTREGA DE ACTIVIDADES DEJANDO REGISTRO DE LA ENTREGA DE LAS NOVEDADES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO A CARGO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
3. REALIZAR SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ E	MEDICO GENERAL	2024/01/01	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARIA DEL ROSARIO LOPEZ FERI	3006330117	Prima

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
SAUL MONTERO ROQUE	3243412541	Tío

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
JESUSJCAMACHO.	JESUSJCAMACHO.	JESUSJCAMACHO.	JESUSJCAMACHO.

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colpensiones	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.

¡Éxito!

Los datos del proveedor se actualizaron correctamente.

OK