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.	1083028188	SANTA MARTA	2018/09/18	24/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CARREÑO	DUARTE	ANDRES	FELIPE	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1997/09/03	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CANARIAS ETAPA 1 MZ 2 CASA 32	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4355697	3146693240	andres-duarte05@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
BOGOTA	COLEGIO NUEVO SAN LUIS GONZAGA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO DE LA PRESENTACION

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO GENERAL	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2022

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO INTERNO : CLINICA DE LA COSTA / BARRANQUILLA
MEDICO URGENCIAS : CLINICA CEHOCA /
MEDICO DE URGENCIAS / REANIMACION : CLINICA MILAGROSA SANTA MARTA
MEDICO DE UNIDAD DE CUIDADO CRITICO : CUIDADO CRITICO S.A.S/ CLINICA MAR CARIBE
MEDICO RESIDENTE DE PROGRAMA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL MAE DE DEUS / RGS / POA / BRASIL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	MEDICO	2025/05/01	2025/10/24

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DANIA CARREÑO BARRERA	3008450830	Prima

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
CONCEPCION DUARTE AYALA	3146693209	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
ANDRES.CARRENOD	ANDRES FELIPE CARREÍ	ANDRES CARREÑO DUA	ANDRESYLAU

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.