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.	72190113	BARRANQUILLA	1991/09/13	31/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
VILLOTA	ANDRADE	JUAN	CARLOS	Seleccionar arc	Foto del proveedor

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Unión libre	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1972/05/17	ATLÁNTICO	88

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
TRANSVERSAL 9B # 35-69	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3215283813	3135645430	juanvillota1520@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
BARRANQUILLA	SANTA MAGDALENA SOFIA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
BARRANQUILLA	ATENEO TECNICO COMERCIAL

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Tecnólogica	EN GESTION EN PROCESOS ADMI	SERVICIO NACIONAL DE APRENDI	2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

• AUDITAR LAS FACTURAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA INSTITUCIÓN.
• SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES QUE AMERITEN LOS SERVICIOS PRESTADOS
• REALIZAR LOS TRÁMITES DE REFERENCIAS DE PACIENTES EN PROCESO DE REMISIÓN.
• SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES DE LAS ESTANCIAS INTRAHOSPITALARIAS.
• ATENDER A LOS USUARIOS, BRINDANDO INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN OPORTUNA.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	FACTURADOR	2019/01/16	2024/03/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MALVYS ISABEL LINERO SARAT	3215283813	Conyuge

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ENDRI JUSSET VILLOTA ANDRADE	3013753391	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
JUANVILLOTA57	JUAN CARLOS	JUAN K	

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Protección	No afiliado

☐ 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.