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.	1004365750	SANTA MARTA	2021/05/25	28/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PALACIO	DEL VALLE	JEAN	PIERRE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	O+	Colombiano	NO APLICA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2003/05/15	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
M 80 C 12 CALLE LA 30	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3008715997	3008715997	Jeanpalacio41@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	GABRIEL GARCIA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	CENTEFOC

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO TECNICO DEL NORTE -	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EN MIS PRÁCTICAS COMO ESTUDIANTE ME DESEMPEÑÉ EN EL AREA DE PROCEDIMIENTOS, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CITOLOGÍA Y TRIAGE, EN LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVERENDO CENTRO DE SALUD DE BASTIDAS. ADEMÁS CUMPLÍ LABORES EN EL ASILO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS. ACTUALMENTE ME DESEMPEÑO DESDE HACE 7MESES Y MEDIO APROXIMADAMENTE COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE UCI POLIVALENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. TÁMBIEN HE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE ALEJANDRO PROSPERO REVERENDO	AUXILIAR DE ENFERMEI	2024/07/10	2024/07/25

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
SANDRA MILENA DEL VALLE FORI	3157696494	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
MARYURIS YAJAIRA PALACIO DEL	3022277596	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.