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.	1082963089	SANTA MARTA	1993/01/31	23/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PERTUZ	SERRANO	ALAN	JOSE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1993/01/31	CESAR	1042

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA D CASA 7	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3014376437	AJPERTUZ31@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitari	MEDICO	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2020

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

OBRÉ CON DILIGENCIA Y CUIDADO NECESARIO EN LOS ASUNTOS QUE ME ASIGNO EL SUPERVISOR.
REALICE SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO, CON EL FIN DE AGILIZAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS.
REALICE REVISIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES.
APOYO EN LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS A PACIENTES.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B	MEDICO GENERAL	2024/09/23	2025/03/25

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
BLANCA SERRANO	3045981431	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MAYERLING PERTUZ SERRANO	3106256417	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Cajacopi	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.