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.	84457434	SANTA MARTA	2024/08/07	22/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
RODRIGUEZ	DONADO	NEIL	ALAN	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	A+	Colombiano	N/A

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1983/07/29	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ J CASA 15 VILLAS DE ALEJANC	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3133237551	3133237551	NEILRODRIGUEZD@HOTMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INEN

Formación Academica (Estudios Secundaria)

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

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO CIRUJANO	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	2007

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES
HACER LAS ENTREGAS DE TURNOS CORRESPONDIENTES
ATENCION AL USUARIO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN S	MEDICO GENEREAL	2015/08/20	2024/08/24

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
SHARON ALEXANDRA RODRIGUE	3002356891	Hija

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
CARMEN SOFIA CACERES	3215679212	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NEIL R	NEIL RODRIGUEZ	X	X

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Colfondos	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.