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.	1004352740	SANTA MARTA	2019/11/18	30/07/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PAULA	ANDREA	PORRAS	LICONA	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2001/09/16	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 28 CASA 5 LIBANO 2000	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4362510	3105924005	PAULAPORRAS21916@GMAIL.CO

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	CIUDADELA EDUCATIVA COOEDUMAG

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	CIUDADELA EDUCATIVA COOEDUMAG

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO GENERAL	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2025

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

20. TENER COMUNICACIÓN PARA SU FÁCIL LOCALIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIAS.
21. RESOLVER LAS OBJECIONES Y/O GLOSAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y CONTESTARLAS DENTRO DE LOS CINCO DÍAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LAS MISMAS; DE IGUAL FORMA EN EL CASO QUE POR ACCIONES U OMISIONES DE LOS MÉDICOS EN SU DESEMPEÑO PROFESIONAL GENEREN GLOSAS POR PARTE DE LAS EPS, EPSS Y ENTES TERRITORIALES O EN SU DEFECTO SEAN DETECTADAS DURANTE EL PROCESO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	MEDICO GENERAL	2025/04/02	AAAA/MM/DD

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ESTHER MARIA LICONA CASTILLO	3017169957	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
MARIA PAULA QUINTERO LICONA	3044446803	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
PAU_PORRASL			

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Porvenir	Positiva

- [x] 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.

- [x] 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.