Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

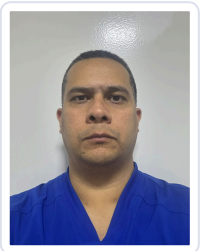
¡Información Importante!

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.	1107049014	CALI VALLE	2006/07/17	16/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
JARAMILLO	GARZON	JUAN	DAVID	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Casado(a)	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1988/03/13	VALLE DEL CAUCA	150

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 133 # 1-80	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3002854371	3002854371	jaramillogarzonjuandavid23@gmail.

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CALI	COLEGIO SAN ANTONIO MARIA CLARET

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CALI	COLEGIO SAN ANTONIO MARIA CLARET

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO CIRUJANO	UNIVERSIDAD LIBRE CALI	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
BUENBOS AIRES	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

JEFE DE RESIDENTES DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL FEDERICO ABETE (ARGENTINA)

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL FEDERICO ABETE (ARGENTINA)	JEFE DE RESIDENTES DE	2024/09/01	2025/09/01

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
DIANA CAROLINA PEREZ	3002378246	Esposo(a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
DIEGO JARAMILLO	3106352998	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	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.