¡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.	1082896909	SANTA MARTA	2007/06/14	23/12/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MANJARRÉS	PALACIO	PEDRO	FRANCISCO	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	N/A

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1989/05/24	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 13 #29 -160 BAVARIA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3218506807	3218506807	pedromanjarres@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
EL DIFICIL, ARIGUANI	ESCUELA URBANA DE NIÑOS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL HUGO J BERMUD

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2014

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y S

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MI NOMBRE ES PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 1082896909 EXPEDIDA EL DÍA 14 DE JUNIO DE 2007 EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA, SOY UN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE LA SALUD, ESPECÍFICAMENTE MÉDICO GENERAL, CAPAZ DE DESEMPEÑARME EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN, TENIENDO BUEN MANEJO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA, REALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ADECUADA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. CAPAZ DE ENFRENTAR Y DIAGNOSTICAR LOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
LABORATORIO CLINICO MARTINEZ	MEDICO ESPECIALISTA I	2021/09/03	2025/04/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ELIZABETH EDELMIRA VERGARA \	3122301586	Esposo(a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
PEDRO ENRIQUE MANJARRES MO'	3135853361	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	PEDRO MANJARRES		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	No afiliado

☐ 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.