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.	1004378673	CIENAGA	2021/06/30	07/07/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
BUCHAAR	RUIZ	JUAN	SEBASTIAN	Seleccionar arc	Foto del proveedor

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2003/06/26	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 14 NO 9-38 CIENAGA	MAGDALENA	219

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3024414716	3024414716	juanse_bucharr@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CIENAGA,MAGDALENA	COLEGIO SAN FRANCISCO JAVIER

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA,MAGDALENA	COLEGIO SAN FRANCISCO JAVIER

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO GENERAL	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2025

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO GENERAL EN AREA DE HOSPITALIZACION UCI ADULTOS Y ATENCION EN SERVICIO DE URGENCIAS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA CODAZZI SERMULTISALUD	MEDICO GENERAL	2025/12/12	2026/06/12

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
YAINA DEL PILAR RUIZ GONZALEZ	3005647428	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ERUUIN RAFAEL BUCHAAR CAND	3008135548	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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 2026.