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.	1221967360	CIENAGA, MAGDALENA	2013/11/25	29/01/2026, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
GRANADOS	RAMIREZ	JOSE	DE JESUS	Elegir archivo	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Unión libre	O-	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1994/12/19	MAGDALENA	Ciénaga

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 18B NO 18A 41	MAGDALENA	Ciénaga

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3007187584	3007187584	joseramirez02102011@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

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

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	INSTITUCION EDUCATIVA ALFREDO CORREA DE ANDF

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ADMINISTRADOR PUBLICO	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2025

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

RECIBIR, REGISTRAR, CLASIFICAR Y ARCHIVAR DOCUMENTOS FÍSICOS Y DIGITALES.
ELABORAR Y DIGITAR INFORMES, OFICIOS, MEMORANDOS Y ACTAS.
ATENDER LLAMADAS TELEFÓNICAS, CORREOS ELECTRÓNICOS Y PÚBLICO EN GENERAL.
RADICAR CORRESPONDENCIA ENTRANTE Y SALIENTE.
APOYAR LA GESTIÓN DE AGENDAS, REUNIONES Y CITAS.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CONSORCIO INTERVENTORÍA DRAGADO FA	AUXILIAR ADMINISTRAT	2021/03/01	2021/11/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ELIDA ROSA IBAÑEZ BAYUELO	3022699161	Conyuge
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
FABIO GRANADOS RAMIREZ	3205406818	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Colpensiones	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 2026.