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 máximo 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
CC	12552596	SANTA MARTA	1979/09/20	13/10/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Foto	Ver foto
MOLINA	CASTILLO	LUIS	MANUEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Casado(a)	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1961/07/08	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
TRNAV.11 · 33 B 07 (VILLA ELY)	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
302351885	3002351885	LUISMMOLINACASTILLO@GMAIL.(

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	SAN LUIS BELTRAN

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	GIMNASIO SANTA MARTA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Universitari	ADMINISTRACION DE EMPRESAS	U. COOPERATIVA DE COLOMBIA	1991

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	U. COOPERATIVA DE COLOMBIA	ESPE. GERENCIA SERV. DE SALUD

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. APOYAR EN LA REALIZACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE ACCIÓN DE CADA UNA DE LAS DEPENDENCIAS.
2. APOYO EN LA CONSTRUCCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LAS DIFERENTES ÁREAS.
3. APOYAR EN LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	PROF. ESPECIALIZADO	2024/01/01	2024/08/07

Referencias familiares

Referencia personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
EVELIO ANTONIO MOLINA CASTIL	3027457376	Hermano (a)
Referencia personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO	3167427750	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	INCÓGNITA:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Colpensiones	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.