Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

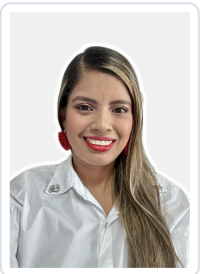
¡Información Importante!

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.	1082889410	SANTA MARTA	2007/01/19	24/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
BARON	HUELVAS	MARIA	FERNANDA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	O+	Colombiano	NA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1988/12/21	MAGDALENA	771

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA32B2358	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3004366772	3004366772	doctoramafe@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA NORMAL SUPERIOR PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	ESCUELA NORMAL SUPERIOR PARA SEÑORITAS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2011

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
BOGOTA	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL	AUDITOR EN SALUD

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL CARGO: MEDICO GENERAL DE URGENCIA TELEFONO: (8) 8332441 PERIODO: 29 AGOSTO 2013 AL 25 DE JUNIO DEL 2014

CLÍNICA MAR CARIBE, SANTA MARTA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
EXPERTMEDICA	GESTOR HOSPITALARIC	2024/08/28	2025/01/15

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ATALA HUELVAS	3012275013	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JOSE BARON	3004281016	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
@DOCTORAMAFE	MARIA FERNANDA BAR	NO APLICA	NO APLICA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Sura

☐ 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.