Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

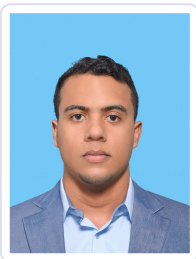
¡Información Importante!

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.	1004381407	CIENAGA	2016/01/25	29/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
FERNANDEZ	MURIEL	JUAN	DIEGO	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	O+	Colombiano	NO

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/01/10	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 24 # 20-25	MAGDALENA	219

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3204839380	3204839380	juandiegofernandez98@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CIENAGA	INSTITUCION EDUCATIVA SAN JUAN DEL CORDOBA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	INSTITUCION EDUCATIVA SAN JUAN DEL CORDOBA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO GENERAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS
MEDICO GENERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
PERFECT BODY MEDICAL CENTER	MEDICO GENERAL	2025/03/12	2025/03/25

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
GRISELDA MURIEL MONTENEGRO	3022570447	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
OSWALDO FERNANDEZ MURIEL	3024608229	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
JUAN DIEGO FERNANDE	JUAN DIEGO FERNANDE	NO	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	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.