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.	1004349958	SANTA MARTA	2018/12/05	15/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MUNIVE	TERAN	NATALY	SOFIA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	A+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2000/09/18	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 28C #7-28	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3043895018	3043895018	nataliemunive@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	LA MILAGROSA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LA MILAGROSA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL I	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

EVALUACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, ASÍ COMO LA ASISTENCIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES, MAYORES Y PARTOS. TAMBIÉN PARTICIPE EN RONDAS CLÍNICAS, PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS, Y EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. ADEMÁS, INVOLUCRARME EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y ÉTICAS, FORTALECIENDO MIS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA FOSCAL, BUCARAMANGA	MEDICO INTERNO	2023/06/01	2024/05/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
CARIDAD TERÁN MOLINA	3016218100	Madre
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ALVARO MUNIVE TERÁN	3014007480	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NATALIESOFIA	NATALY MUNIVE	NATALYSOFIA	NO APLICA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Protección	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 2025.