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.	1082840723	7/06/2004	2024/08/07	27/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MONTENEGR(	MEJIA	LILIBETH	LILIBETH	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1985/07/25	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 56 # 6A-54	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3013408626	3013048626	adagermonte@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUCION EDUCATIVA NICOLAS BUENAVENTURA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INTITUCION EDUCATIVA RODRIGO DE BASTIDAS #2

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Tecnólogica	ADMINISTRACION EN SALUD	SENA	2014

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ASIGNACION DE CITAS POR VENTANILLA Y CODIGO POR WHATSAPP,SE BRINDA INFORMACION NECESARIA SOLICITADA POR LOS USUARIOS QUE SE COMUNICAN POR LOS DIFERENTES CANALES HABILITADOS POR EL SERVICIO DEL CALL CENTER,SE REALICE LA ADECUADA UTILIZACION DE SOFWARE (CITISALUD),GUARDE ABSOLUCTARESERVADE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL HUJB,SE CUMPLIO CON EL HORACIO ASIGNADO POR EL AREA , PARA TODAS LAS NECESIDADES PRESENTADAS DURANTE DOTO EL MES

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	ADMINISTRATIVO CALL	2024/05/15	2024/08/15

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
CINDY PAOLA MARTINEZ MONTEN	3244722221	Prima

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JORGE LUIS MONTENEGRO PEREA	3003731300	Tío

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
INSTAGRAM	FACEBOOK		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Protección	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.