DOCON

- 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.	7631382	SANTA MARTA	1999/03/0	22/06/202

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MORENO	REDONDO	ABEL	JOSE	Seleccionar	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
URBANIZACION CURINCA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3106904508	3106904508	abeljosemoreno@hotmail.co

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTAND

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTAND

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesit	ENFERMERO	UNIVERSIDAD COOPERAT	2018

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. VALORACIÓN DEL PACIENTE : REALIZAR UNA EVALUACIÓN INICIAL Y CONTINUA DEL ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL DEL PACIENTE, INCLUYENDO SIGNOS VITALES, NIVEL DE CONCIENCIA, ESTADO NUTRICIONAL Y ANTECEDENTES MÉDICOS.

2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: SUMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO M	ENFERMERO	2018/07/1	2025/06/2

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
KARINA REYES	3152585653	Prima
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ALEJANDRA MARIN	3214588963	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
NO	NO	NO	NO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	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.