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: C.C.
No. de Documento: 79266362
Expedida en: BOGOTA D.E
Fecha de Expedición: 1981/05/15
Registro de Formulario: 24/07/2025, 1
Primer Apellido: CAMARGO
Segundo Apellido: LOPEZ
Primer Nombre: CESAR
Segundo Nombre: DE JESUS
Foto: Seleccionar arc
Ver foto

Sexo: Hombre
Estado Civil: Casado(a)
RH: O+
Nacionalidad: Colombiano
Otra: 877
Fecha de Nacimiento: 1962/04/22
Departamento de Nacimiento: MAGDALENA
Municipio de Nacimiento: 877
Dirección de Residencia: CARRERA 4 A # 30 64
Departamento de Residencia: MAGDALENA
Municipio de Residencia: 877
Teléfono: 3017555038
Celular: 3017555038
Correo Electrónico: cecamargol@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria): SANTA MARTA
Institución Estudios (Primaria): COLEGIO PARRIOQUIAL PIO X

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria): BOGOTÁ DE
Institución Estudios (Secundaria): COLEGIO EL LIBERTADOR

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación: Tecnólogica
Título Obtenido: TECNOLOGO EN GESTION DE PRC
Institución: SENA
Año de Graduación: 2019

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. TRAMITAR Y GESTIONAR CON LA DOCUMENTACION REQUERIDA POR LAS DIFERENTES EPS LAS AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS POR CADA USUARIO Y DE ESTA MANERA ASEGURAR LA FACTURACION Y PAGO DE ESTOS AL HUJMB

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ E	APOYO ADMINISTRATIV	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JUDITH ELENA CAMARGO LÓPEZ	3007970370	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MARLENE ESTHER CAMARGO LÓ	3044272438	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	CECAMARGOL@HOTM		

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.

¡Éxito!

Los datos del proveedor se actualizaron correctamente.

OK