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.	1082989028	SANTA MARTA	2012/09/21	21/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ABELLO	OROZCO	OMAR	ANDRES	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Unión libre	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1994/09/11	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CLL 32 # 21-44	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3005694218	3005694218	omarabello11@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
BOGOTA	LICEO SAN ISIDRO NORTE

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO NUEVA ESPERANZA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	DESARROLLO MULTIMEDIA Y COM	CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEI	2016

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

APOYO EN EL SEGUIMIENTO, CONTROL, REALIZACIÓN DE INFORMES DE INGRESOS DE USUARIOS POR CADA SERVICIO: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, Y SU ACTUALIZACIÓN DIARIA. INFORME ADMSIONES POR FECHA DE EGRESO, PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TÉCNICO EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN. APOYAR EN LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZAR EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL OBJETO DE SUPERVISIÓN BASADO EN FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS; REALIZAR PLAN DE MEJORAMIENTO, PROPONER ESTRATEGIAS.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNI	APOYO A FACTURACIÓI	2025/03/25	2024/09/11

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MARIA FATIMA TORRES MENDOZA	3233381340	Esposo(a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
OMAR ABELLO REBOLLO	3012186840	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
OMAR_ABELLO94	OMAR ABELLO	OMAR_ABELLO94	OMARABELLO5

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	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.