





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
<div>C.C. ▾</div>	<div>1037637384</div>	<div>ENVIGADO</div>		<div>2012/10/12</div>	<div>04/08/2025, 0</div>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
<div>OSPINO</div>	<div>ROMERO</div>	<div>JAVIER</div>	<div>ANDRES</div>	<div>Seleccionar archivo</div>	<div></div>
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
<div>Hombre ▾</div>	<div>Soltero(a) ▾</div>	<div>B+ ▾</div>	<div>Colombiano ▾</div>	<div></div>	
Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		
<div>1994/10/01</div>	<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>		
Dirección de Residencia	Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		
<div>CALLE 29E # 14A - 38</div>	<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>		
Teléfono	Celular		Correo Electrónico		
<div>3015050889</div>	<div>3015050889</div>		<div>ospinoromeroja@gmail.com</div>		

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
<div>SANTA MARTA</div>	<div>COLEGIO FRANCISCANO DE SAN LUIS BELTRAN</div>

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
<div>SANTA MARTA</div>	<div>COLEGIO FRANCISCANO DE SAN LUIS BELTRAN</div>

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
<div>Universitaria ▾</div>	<div>MEDICO</div>	<div>UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA</div>	<div>2025</div>

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):
<div></div>	<div></div>	<div></div>

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO INTERNO -

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

MEDICO INTERNO

2024/06/01

2025/05/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

PEDRO OSPINO

3002071978

Padre

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

CARLOS OSPINO

3008903836

Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Sanitas

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.