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.	79266362	BOGOTA D.E	1981/05/15	20/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CAMARGO	LOPEZ	CESAR	DE JESUS	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Casado(a)	O+	Colombiano	877

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1962/04/22	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 4 A # 30 64	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3017555038	3017555038	cecamargol@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

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

Formación Academica (Estudios Secundaria)

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

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

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