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.	7603580	SANTA MARTA	1998/07/07	16/10/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CASADIEGO	FERNANDEZ	WILSON	IBANOTH	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Casado(a)	O+	Colombiano	0

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1980/02/20	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 28A # 81-35 NUEVA MANS	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3042495345	IBANOTH2000@YAHOO.COM.MX

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA PARROQUIAL EL CARMEN #2

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO DE BACHILLERATO FRANCISCO DE PAULA S/

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2014

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

MEDICO RURAL - HOSPITAL ZONA BANANERA - 1 AÑO
MEDICO DE URGENCIAS, HOSPITALZIACION Y AYUDANTIA QUIRURGICA - POLIFRACTURA CIENAGA - 2 AÑOS
MEDICO DE URGENCIAS , HOSPITALIZACION Y AYUDANTIA QUIRURGICA -CLINICA PRONTO SOCORRO - 3 MESES
MEDICO DE URGENCIAS , HOSPITALIZACION Y AYUDANTIA QUIRURGICA - CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA - 5 AÑOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
POLIFRACTURA CIENAGA	MEDICO	2015/11/07	2017/11/06

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
EDITH FERNANDEZ DE KRELL	3182382561	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
DELIA GARCES CANTILO	3244332143	Tía

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
0	X	0	0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colfondos	Colmena Seguros

☐ 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.