DOCON

- Certificación de Contratos
- Cuentas de Cobro
- Cargar Documentos
- Formulario Proveedor

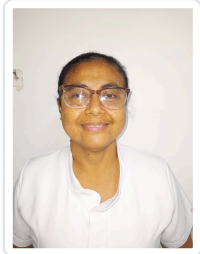
¡Información Importante!

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.	57413689	CIENAGA	1987/05/04	22/12/2025, (

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DELAROSA	GOMEZ	OMAIRA	LUZ	Seleccionar ar	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Viudo(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1968/02/04	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA 40 CASA 17	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3004877042	OMAIRADELAROSAG@GMAIL.C(

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
TASAJERA CIENAGA	MANUEL LOPEZ CAMARGO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	SAN JUAN BOSCO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR ENFERMERIA	CEOT	2009

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ

Cargo o perfil:

AUXILIAR ENFERMERI/

Fecha de Inicio:

2024/08/07

Fecha de Fin:

2025/12/22

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

EDITH DE LA ROSA

Teléfono Referencia 1:

3007350142

Parentesco:

Hermano (a)

Referencia Personal 2:

IBETH DE LA ROSA

Teléfono Referencia 2:

3232060405

Parentesco:

Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

EPS Salud Total

AFP

Protección

ARL

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.