Cargar Documentos

Formulario Proveedor

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1004353033	SANTA MARTA	2019/11/20	26/03/2025, 11:16 a. m.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto
GARCIA	LOPEZ	ANA	SOFIA	Seleccionar archivo N...

Ver foto

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	A+	Colombiano	NO

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MANZANA G CASA 8 SANTA CLARA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3216234158	3216234158	garciasofia531@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD DE MAGDALENA	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

- ORGANIZACION DE CRONOGRAMAS
- ORGANIZACION DE BRIGADAS DE SALUD
- CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- TOMA DE CITOLOGIAS
- TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA	ENFERMERA	2024/08/15	2024/12/15

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MONICA LOPEZ	3176715315	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
RAFAEL GARCIA	3207326879	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
	SOFIA GARCIA		

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