Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

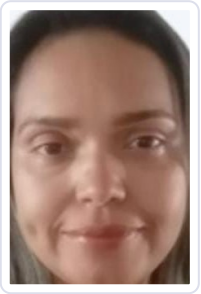
¡Información Importante!

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.	57297333	SANTA MARTA	2001/12/14	04/03/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DURAN	OSIAS	YURANIS	TAIS	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1982/05/23	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 7 CARRERA 14 NO. 14 - 63	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3008365751	3008365751	yuranisduran01@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA BICUÑA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA BICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitari	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PLANIÉ, ORGANIZAR, DIRIGIR, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS.
SOLUCIONÉ LOS PROBLEMAS DETECTADOS O COMUNICADOS; SI ESTÁN FUERA DE SU ALCANCE DERIVARLOS AL NIVEL JERÁRQUICO CORRESPONDIENTE (COORDINADORES DE ÁREAS)
REALIZÉ RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIARIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE, VENOPUNCIONES,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	ENFERMERA	2020/01/01	2021/03/26

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
REMIGIO MUÑOZ BANDERA	3016333118	Tío

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ALFREDO PIMIENTA	3005258569	Primo

Redes Sociales

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

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	Porvenir	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.