¡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.	1082856381	SANTA MARTA	2005/03/23	16/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MOZO	GALVIS	IRINA	PAOLA	Seleccionar arc	Foto del proveedor

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1987/02/09	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 10#10-35 GAIRA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4300323	3105827293	irpamoga@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO MADRE MARIA BERNARDA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD DELMAGDALENA	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: | Cargo o perfil: | Fecha de Inicio: | Fecha de Fin:

CLINICA FARALLONES | ENFERMERA UCI | 2023/03/11 | 2024/01/01

Referencias Familiares

Referencia Personal 1: BETSY OSPINO

Teléfono Referencia 1: 3052630321

Parentesco: Prima

Referencia Personal 2: JORGE MOZO

Teléfono Referencia 2: 3002046253

Parentesco: Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram: | Facebook: | X: | TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS: EPS Sanitas

AFP: Colpensiones

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.