

¡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
<div>C.C. ▾</div>	<div>1082856381</div>	<div>SANTA MARTA</div>		<div>2005/03/23</div>	<div>14/10/2025, 0</div>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
<div>MOZO</div>	<div>GALVIS</div>	<div>IRINA</div>	<div>PAOLA</div>	<div>Seleccionar archivo</div>	<div> Foto del proveedor</div>
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
<div>Mujer ▾</div>	<div>Unión libre ▾</div>	<div>A+ ▾</div>	<div>Colombiano ▾</div>	<div></div>	
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
<div>1987/02/09</div>		<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
<div>CRA 10#10-35 GAIRA</div>		<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
<div>4300323</div>		<div>3105827293</div>		<div>irpamoga@hotmail.com</div>	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
<div>SANTA MARTA</div>	<div>COLEGIO MADRE MARIA BERNARDA</div>

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
<div>SANTA MARTA</div>	<div>INSTITUTO MAGDALENA</div>

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
<div>Universitaria ▾</div>	<div>ENFERMERA</div>	<div>UNIVERSIDAD DELMAGDALENA</div>	<div>2013</div>

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):
<div></div>	<div></div>	<div></div>

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:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
BETSY OSPINO	3052630321	Prima
Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JORGE MOZO	3002046253	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

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