¡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: C.C.
No. de Documento: 1083037347
Expedida en: SANTA MARTA
Fecha de Expedición: 2016/08/23
Registro de Formulario: 13/10/2025, 0
Primer Apellido: ALVAREZ
Segundo Apellido: GUTIERREZ
Primer Nombre: JOHANA
Segundo Nombre: PAOLA
Foto: Elegir archivo
Ver foto: Foto del proveedor
Sexo: Mujer
Estado Civil: Soltero(a)
RH: O+
Nacionalidad: Colombiano
Otra:
Fecha de Nacimiento: 1998/08/09
Departamento de Nacimiento: MAGDALENA
Municipio de Nacimiento: 877
Dirección de Residencia: CALLE 17#9-05
Departamento de Residencia: MAGDALENA
Municipio de Residencia: 877
Teléfono: 3217077452
Celular: 3217077452
Correo Electrónico: jahanaalvarez9@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria): SANTA MARTA
Institución Estudios (Primaria): IED SIMON BOLIVAR

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria): SANTA MARTA
Institución Estudios (Secundaria): IED SIMON BOLIVAR

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

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

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:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEDEZ BAI	ENFERMERA	2024/11/20	2025/09/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LAUDID GUTIERREZ	3014512713	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ANGIE ALVAREZ	3136496394	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Protección	Positiva

- [x] 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.

- [x] 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.