

¡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>1065618026</div>	<div>VALLEDUPAR</div>		<div>2008/07/02</div>	<div>16/07/2025, 0</div>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
<div>BARROS</div>	<div>RAMIREZ</div>	<div>CLAUDIA</div>	<div>MARCELA</div>	<div>Seleccionar archivo</div>	<div></div>
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
<div>Mujer ▾</div>	<div>Soltero(a) ▾</div>	<div>B+ ▾</div>	<div>Colombiano ▾</div>	<div></div>	
Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		
<div>1990/05/02</div>	<div>CESAR ▾</div>		<div>1042 ▾</div>		
Dirección de Residencia	Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		
<div>MANZANA H CASA 2</div>	<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>		
Teléfono	Celular		Correo Electrónico		
<div>3002044356</div>	<div>3002044356</div>		<div>claudiaresponde@hotmail.com</div>		

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
<div>VALLEDUPAR</div>	<div>COLEGIO MANUELA BELTRAN</div>

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
<div>VALLEDUPAR</div>	<div>CASD SIMON BOLIVAR</div>

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
<div>Universitaria ▾</div>	<div>MEDICO</div>	<div>UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA</div>	<div>2014</div>

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

MEDICO GENERAL

2015/01/05

2024/08/26

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

BISMARK BARROS RAMIREZ

3015205099

Hermano (a)

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

BISMARK BARROS ARDILA

3007142779

Padre

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

@CLAUBARROS2

CLAUDIA BARROS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Sanitas

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