Formulario Proveedor

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	57295653	SANTA MARTA	2001/09/19	23/12/2025,

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MORALES	GRANADOS	KAREN	ESCARLETH	Seleccionar a	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1982/01/30	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 4 #6-27 B/PESCAITO	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3045886181	3045886181	k.morales242704@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I.E.D. OLAYA HERRERA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D. ESCUELA SANTANDER

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUX. ATENCION A LA PRIMERA	CETECOS	2015

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENCUESTADORA, DIGITADORA
OPERADORA CALL CENTER

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
SECRETARIA DE PLANEACION "SISBEN"	ENCUESTADORA	2021/12/16	2023/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
RICHARD GRANADOS ALVARE:	3044686533	Esposo(a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
HILLARY HINCAPIE MORALES	3142814185	Hija

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
1982KMORALES	KARENSCARLETHMOI	@KAREN5165114682	ESCARLETH

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Coosalud	Colfondos	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.