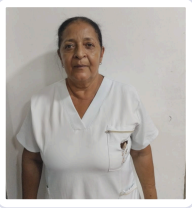


¡Información Importante!

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. ▾	36554938	SANTA MARTA		1983/10/26	25/03/2025, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
JARABA	TERNERA	MARLENE	DEL SOCORRO	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾		
Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		
1962/11/19	MAGDALENA ▾		63 ▾		
Dirección de Residencia	Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		
CALLE 24A NO NO 16-76 BARRIO	MAGDALENA ▾		877 ▾		
Teléfono	Celular		Correo Electrónico		
3114072899	3114072899		more-jaraba@hotmail.com		

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SAN ANGEL	INSTITUTO MIXTO DE SAN ANGEL

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO MIXTO RODRIGO DE BASTIDAS

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica ▾	TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	SENA	2007

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES. (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA, ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN, TOMA DE GLUCOMETRÍA, CAMBIOS DE POSICIÓN, ARREGLO DE LA UNIDAD, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, REALIZAR VENOPUNCIÓN Y VERIFICAR SIGNOS DE FLEBITIS, INSTALAR Y RETIRAR INFUSIONES DE LÍQUIDOS, ASEPSIA A LOS IMPLEMENTOS DE TRABAJO COMO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

AUXILIAR DE ENFERMEF

2011/11/09

2024/08/15

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

MARIO JOSE CUELLO

3005900225

Hijo

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

MAYERLIS JARABA TERNERA

3157303023

Hija

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

0

0

0

0

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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.