¡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.	1082973311	SANTA MARTA	2011/10/04	24/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
THOMAS	CUELLO	KAROL	DAYAN	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Separado(a)	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1993/09/24	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CRA 14 ·23 -42	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3017847821	3017847821	KARITOTHO@GMAIL.CO

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	LAURA VICUÑA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LAURA VICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2018

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	EPIDEMIOLOGA

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PLANIÉ, ORGANIZAR, DIRIGIR, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS.
SOLUCIONÉ LOS PROBLEMAS DETECTADOS O COMUNICADOS; SI ESTÁN FUERA DE SU ALCANCE DERIVARLOS AL NIVEL JERÁRQUICO CORRESPONDIENTE (COORDINADORES DE ÁREAS)
REALIZÉ RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIARIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE, VENOPUNCIONES,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	JEFE ENFERMERA	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
NAVIA DÍAZ PACHECO	3003234825	Prima
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
SERGIO LACERA RUIZ	3017548366	Primo

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
KAROLTHOMAS	KAROLTHOMAS	KAROLTHOMAS	KAROLTHOMAS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Porvenir	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.