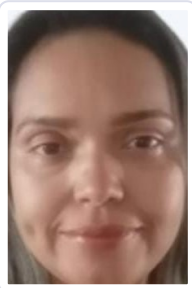


¡Información Importante!

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. ▾	57297333	SANTA MARTA		2001/12/14	02/01/2026, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DURAN	OSIAS	YURANIS	TAIS	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Casado(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾	COLOMBIA	
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
1982/05/23		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
CALLE 7 CARRERA 14 NO. 14 - 63		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3008365751		3008365751		yuranisduran01@gmail.com	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA BICUÑA

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA BICUÑA

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Universitaria ▾	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE C	2013

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

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.

ENFERMERA

2020/01/01

2021/03/26

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

REMIGIO MUÑOZ BANDERA

3016333118

Tío

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

ALFREDO PIMIENTA

3005258569

Primo

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

YURANISDURAN

YURANISDURAN

0

0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Coosalud

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 2026.