Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

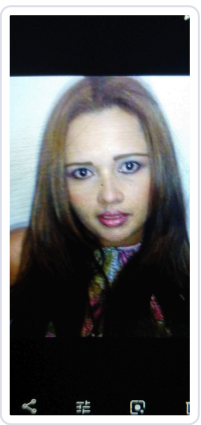
¡Información Importante!

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.	36719129	SANTA MARTA	1995/11/14	22/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ZORRO	CORVACHO	MARIA	JOSE	Seleccionar arc	

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

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1977/09/01	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 11 NO.18-58	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
6054306257	3017386756	mariajosezorrocorvacho@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	MARIA INMACULADA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO GABRIELA MSITRAL

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ABOGADO	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA D	2002

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

SANTA MARTA	UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA	ESPECILAISTA EN DERECHO ADMI

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y DEFENSA DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS EN LA OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.-

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ B.	ABOGADA CONTRATIST	2023/07/08	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ALBA ROSA CORVACHO CORREA	6054224038	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
JUAN ALBERTO ZORRO CORVACH	3013051104	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MAJOZOCO			

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colpensiones	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.