¡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: C.C.
No. de Documento: 1082856381
Expedida en: SANTA MARTA
Fecha de Expedición: 2005/03/23
Registro de Formulario: 29/12/2025, 0

Primer Apellido: MOZO
Segundo Apellido: GALVIS
Primer Nombre: IRINA
Segundo Nombre: PAOLA
Foto: Seleccionar arc
Ver foto: Foto del proveedor

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

Fecha de Nacimiento: 1987/02/09
Departamento de Nacimiento: MAGDALENA
Municipio de Nacimiento: 877

Dirección de Residencia: CRA 10#10-35 GAIRA
Departamento de Residencia: MAGDALENA
Municipio de Residencia: 877

Teléfono: 4300323
Celular: 3105827293
Correo Electrónico: irpamoga@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria): SANTA MARTA
Institución Estudios (Primaria): COLEGIO MADRE MARIA BERNARDA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria): SANTA MARTA
Institución Estudios (Secundaria): INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación: Univesitaria
Título Obtenido: ENFERMERA
Institución: UNIVERSIDAD DELMAGDALENA
Año de Graduación: 2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: | Cargo o perfil: | Fecha de Inicio: | Fecha de Fin:

CLINICA FARALLONES | ENFERMERA UCI | 2023/03/11 | 2024/01/01

Referencias Familiares

Referencia Personal 1: BETSY OSPINO

Teléfono Referencia 1: 3052630321

Parentesco: Prima

Referencia Personal 2: JORGE MOZO

Teléfono Referencia 2: 3002046253

Parentesco: Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS: EPS Sanitas

AFP: Colpensiones

ARL: 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.