

¡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.

▼

Primer Apellido

BRITO

No. de Documento

1082943C

Segundo Apellido

GONZALE

Expedida en

SANTA MARTA

Primer Nombre

LIBIS

Segundo Nombre

IBETH

Fecha de Expedición:

2009/12/1

Registro de Formulario

23/04/202

Foto

Selecciona



Sexo

Mujer

▼

Fecha de Nacimiento:

1991/03/16

Estado Civil

Soltero

▼

Dirección de Residencia

CALLE 5 - 21E 10

RH

A+

▼

Departamento de Residencia

MAGDALENA

▼

Nacionalidad

Colombiano

▼

Departamento de Nacimiento

MAGDALENA

▼

Otra

Municipio de Nacimiento

877

▼

Correo Electrónico

libisbrito@gmail.com

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):

SANTA MARTA

Institución Estudios (Primaria):

DIVINA PASTORA

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):

SANTA MARTA

Institución Estudios (Secundaria):

DIVINA PASTORA

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
<div>Técnica</div>	<div>AUXILIAR DE ENFERMERIA</div>	<div>CESMAG</div>	<div>2010</div>

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):
<div>SANTA MARTA</div>	<div></div>	<div></div>

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

<div>AUXILIAR DE ENFERMERIA</div>			
Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
<div>HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO M</div>	<div>AUXILIAR DE ENFE</div>	<div>2024/10/1</div>	<div>2025/04/2</div>

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
<div>GLEDIS YAQUELINE GONZ</div>	<div>3014197365</div>	<div>Madre</div>
Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
<div>RONY POLO ECHEVERRIA</div>	<div>3008727880</div>	<div>Esposo(a)</div>

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
<div>NO</div>	<div>NO</div>	<div>NO</div>	<div>NO</div>

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
<div>EPS Salud Total</div>	<div>Porvenir</div>	<div>Positiva</div>

- ☐ 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.