

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:

C.C.

Primer Apellido

GARCIA

No. de Documento

1065581568

Segundo Apellido

GALVAN

Expedida en

VALLEDUPAR

Primer Nombre

SIBELIS

Segundo Nombre

Fecha de Expedición:

2005/03/30

Foto

Seleccionar archivo

Registro de Formulario

10/02/2026, 0

Ver foto



Sexo

Mujer

Estado Civil

Unión libre

RH

O+

Nacionalidad

Colombiano

Otra

VALLEDUPAR

Fecha de Nacimiento:

1987/03/20

Departamento de Nacimiento

CESAR

Municipio de Nacimiento

1042

Dirección de Residencia

CARRERA 20D 35 46 LA LUCHA

Departamento de Residencia

MAGDALENA

Municipio de Residencia

877

Teléfono

00000

Celular

3004513400

Correo Electrónico

SIBELISGARCIAGALVAN@GMAIL.C

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):

VALLEDUPÁR

Institución Estudios (Primaria):

INSTITUTO JOSE MARIA VARGAS VILA

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):

VALLEDUPAR

Institución Estudios (Secundaria):

INSTITUTO JOSE MARIA VARGAS VILA

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:

Técnica

Título Obtenido:

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMER

Institución:

ESCUELA TECNICA DE SALUD TEC

Año de Graduación:

2008

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):

Institución Estudios (Postgrado):

Título Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1

RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LA GUÍA INSTITUCIONAL

2

PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS SEGÚN LAS NECESIDADES FÍSICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES. (TOMA DE SIGNOS VITALES, BAÑO EN CAMA, ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN, TOMA DE GLUCOMETRÍA, CAMBIOS DE POSICIÓN, ARREGLO DE LA UNIDAD, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, REALIZAR VENOPUNCIÓN Y VERIFICAR SIGNOS DE FLEBITIS,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERISTARIO JULIO MENDEZ B.

AUXILIAR DE ENFERMEF

2018/08/01

2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

WILSON VILLAR GOMEZ

3045538455

Conyuge

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

ALBEIRO GARCIA GALVAN

3241255728

Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

GALVANSIBELIS

SIBE GALVAN

GALVANSIBELIS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Mutual Ser

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.