Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

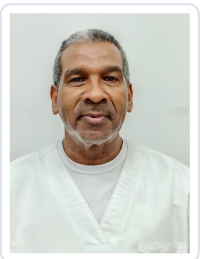
¡Información Importante!

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.	12558761	SANTA MARTA	1981/12/09	25/12/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ALARCON	BRITO	HELGER	ASTOLFO	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Separado(a)	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1963/07/27	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 27 #7A-52	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
00000	3004687015	helgeralarconbrito@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA PARROQUIAL MIXTA CATEDRAL BASILICA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO NACIONALIZADO RODRIGO DE BASTIDAS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR EN ENFERMERIA	ESCUELA DE ENFERMERIA GABRIE	1991

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PROPORCIONE 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, INSTALAR Y RETIRAR INFUSIONES DE LÍQUIDOS, ASEPSIA A LOS IMPLEMENTOS DE TRABAJO COMO

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEN	AUXILIAR EN ENFERMEI	2024/02/13	2024/03/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
XIOMARA ISABEL ALARCON BRITO	3234416394	Hermano (a)

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MARIA LUISA ALARCON RODRIGU	3183850570	Hija

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
HELGER ALARCON	HELGER ALARCON	NO TENGO	NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	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.