





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. ▾	57428765	SANTA MARTA		1988/09/26	30/06/2026, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ESCOBAR	GONZALEZ	NEVIS	OLINDA	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾		
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
1969/10/14		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
CALLE30 NO. 4A-13		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3105255255		3105255255		escobarnevis1@gmail.com	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA URBANA DE NIÑAS N°10

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D. INSTITUTO MAGDALENA

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica ▾	AUXILIAR EN ENFERMERIA	ESCUELA DE ENFERMERIA GABRIEL	1996

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

REGISTRAR Y REPORTAR CONTINUAMENTE SIGNOS VITALES, PARÁMETROS HEMODINÁMICOS Y EL ESTADO NEUROLÓGICO DEL PACIENTE.
BRINDAR AYUDA CON EL BAÑO EN CAMA, CAMBIOS POSTURALES, MOVILIZACIÓN Y ALIMENTACIÓN, PREVINIENDO ÚLCERAS POR PRESIÓN.
BRINDAR APOYO EMOCIONAL Y RESOLVER DUDAS BÁSICAS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, SIEMPRE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

CARDIOVIDA SANTA MARTA S.A.S.

Cargo o perfil:

AUXILIAR EN ENFERMER

Fecha de Inicio:

2021/02/02

Fecha de Fin:

2025/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

EYLEN CONDIA

Teléfono Referencia 1:

3125513601

Parentesco:

Prima

Referencia Personal 2:

JULIET MIER

Teléfono Referencia 2:

30222292691

Parentesco:

Prima

Redes Sociales

Instagram:

NO TENGO

Facebook:

NEVIS ESCOBAR

X:

NO TENGO

TikTok:

NO TENGO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

EPS Sanitas

AFP

Colfondos

ARL

No afiliado

- ☐ 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.