

¡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
<div>C.C. ▾</div>	<div>26926578</div>	<div>TENERIFE - MAGDALENA</div>		<div>1995/04/03</div>	<div>17/07/2025, 0</div>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
<div>POLO</div>	<div>OSPINO</div>	<div>CIBELI</div>	<div>LILIANA</div>	<div>Seleccionar archivo</div>	<div></div>
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
<div>Mujer ▾</div>	<div>Soltero(a) ▾</div>	<div>O+ ▾</div>	<div>Colombiano ▾</div>	<div></div>	
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
<div>1974/09/01</div>		<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
<div>CARRERA 34 # 11C - 06 GALICIA</div>		<div>MAGDALENA ▾</div>		<div>877 ▾</div>	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
<div>3006942568</div>		<div>3006942568</div>		<div>polocibe@gmail.com</div>	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
<div>TENERIFE</div>	<div>MARIA AUXILIADORA</div>

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
<div>TENERIFE</div>	<div>SIMON BOLIVAR</div>

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
<div>Técnica ▾</div>	<div>AUXILIAR DE ENFERMERIA</div>	<div>CETECOS</div>	<div>2001</div>

Formación Académica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

AUXILIAR DE ENFERMERIA (PERSONAL ASISTENCIAL)

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

AUXILIAR DE ENFERMEF

2024/08/07

2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

JOSE OSPINO CUELLO

3016227973

Tío

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

LUZ MARINA OSPINO

3205132932

Tía

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

CIBEPOLO

CIBELI LILIANA POLO OÑ

@CIBELILILIANAPOLO

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Salud Total

Protección

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