HUJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 2

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Yasnia Fernandez Maluido identificado con Cédula No. 36506304 y Profesión Siquia **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)	✓	✓
9	RUT - Registro Unico Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.	✓	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		✓
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	✓	
15	Tarjeta Profesional	✓	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		✓
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	✓	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas de área de *UCI y Hospitalización*.	✓	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		✓
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	✓	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		✓
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**	✓	
30	Soporte de experiencia laboral.	✓	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	✓	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	✓	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario.

Datos Personales

Id Consecutivo:

Registro de Formulario: 2023-12-02, 5:19 pm

Primer Apellido: HERNANDEZ

Segundo Apellido: MACHADO

Primer Nombre: YESENIA

Segundo Nombre:

Tipo de Documento: C.C.

No. de Documento: 36506304

Expedida en: SANTA ANA

Fecha de Expedición: 12/01/20

Sexo: Femenino

Estado Civil: Unión libre

Nacionalidad: Colombiano

Otra:

Fecha de Nacimiento: 1980/12/08

Departamento de Nacimiento: MAGDALENA

Municipio de Nacimiento: SANTA ANA

Dirección de Residencia: CIUDAD EQUIDAD MANZ 6 CASA

Departamento de Residencia: MAGDALENA

Municipio de Residencia: SANTA MARTA

Edad: 43

Hijos: 1

Personas a cargo: 1

Correo Electrónico: Y-ESENIA@HOTMAIL.COM

Celular: 3126509392

Teléfono:

Tipo de Ocupación: Empleado

Tipo de Vivienda: Arriendo

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación: Pregrado

Título Obtenido: ENFERMERA

Fecha de Grado: 2013/07/13

Información Financiera

Tipo de Producto: AHORRO

No. de Producto: 97010064050

Entidad: SUDAMERY

Sucursal: SANTA MARTA

Antigüedad: 2017/12/04

Contrato Vigente o Contrato Anterior

En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.

Empresa o Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENEC

Tipo de Entidad: Pública

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

Correo Electrónico de la Entidad: GERENCIA@HUJMB.COM

Actividad Contractual: ENFERMERA

Dependencia: HOSPITALIZACION

Dirección: CRA. 14 #23-42,

Origen de Fondos y Bienes

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E.:

Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de los Bienes y Fondos:

Afiliación a Seguridad Social

En caso de no aplicar a esta información, favor no diligenciar.

EPS:	Fondo de Pensiones:	ARL:
MUTUAL SER	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.

Guardar Registro | Regresar | Consultar | Consultar Versión Anterior

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.506.304**

HERNANDEZ MACHADO

APELLIDOS

YESENIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1980**

SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-AGO-1999 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2107600-00244769-F-0036506304-20100714 **0022**753005A 2 32478946

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14005862

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Yesenia Hernandez Machado. identificado con C.C./C.E./P.P No. 36506304 expedida en Santa Ana Magd, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día_____del mes de diciembre de 2023.

Firma Yesenia Hernandez Machado
Nombre Yesenia Hernandez Machado.
Cédula 36506304

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 12:04:42 Yesenia Hernández

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- **Noticias SECOP**
- **Mis registros**
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	Sra.
Nombre	YESENIA
Apellidos	HERNANDEZ MACHADO
Fecha de Nacimiento	12/08/1980 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YESENIA HERNANDEZ MACHADO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36506304
Dirección	Ciudad equidad Manzana 6 casa 191
Código postal	470003
Estrato	1
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	y-eseniahernandez@hotmail.com
Teléfono	3126509392
Celular	3126509392
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3126509392
SMS para recuperar la contraseña	3126509392

Editar

PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL AÑO 2024

YESENIA HERNANDEZ MACHADO
Enfermera Jefe
Ciudad Equidad Manz 6 casa191
Teléfono Móvil: 3126509392



PERFIL PROFESIONAL

Conocimiento y experiencia en el manejo administrativa, hospitalización, consulta externa (Promoción y prevención); manejo y conocimiento en pacientes con TB/LEPRA dentro de la gestión de salud pública, AEIPI, PAPSIVI,

Objetivo General

Lograr el control del gasto médico y evitar el riesgo jurídico a la compañía mediante el mejoramiento de la calidad en la atención a nuestros usuarios a través de nuestros servicios en vacunación, y gestión administrativa.

Objetivos específicos

Garantizar los estándares de calidad mediante el seguimiento continuo del mismo

Desarrollar e implementar planes de mejoramiento continuo con los diferentes entes reguladores para corregir en forma oportuna las fallas que se deriven de los procesos.

Desarrollo del proceso por el área de enfermería

- Trabajar en equipo directo y continuo con el grupo, buscando la integralidad y complementariedad en los procesos.

Oferta

Ofrezco mis servicios después de dejarle ver los objetivos que persigue esta propuesta. Al igual que se estaría realizando seguimiento y revisión de los procesos

Le agradezco todo su apoyo acompañamiento por parte del grupo que se ha brindado para con la ciudad de Santa Marta e igualmente le reitero mi disposición para con la compañía. Y compromiso como tal.

Se suscribe de Usted

Yesenia Hernandez Machado--

YESENIA HERNANDEZ MACHADO
CC#36506304 de Santa Ana (Magd)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14869074818

(415)7707212489984(8020) 000001486907481 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3650630	4	19 Impuestos y Aduanas de Santa Maria	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
2 Persona natural o sucesión ilíquida	13 Cédula de Ciudadanía	36506304	1999/08/06

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	47 Magdalena	707 Santa Ana

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	MACHADO	YESENIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
169 COLOMBIA	47 Magdalena	001 Santa Marta

41. Dirección principal: MZ 6 CA 191 BRR CIUDAD EQUIDAD

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
y-eseniahernandez@hotmail.com		3126509392	3014513212

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal: 46. Código / 47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código / 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8692 / 2013/11/26			2224	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros	Exportadores				
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
			57. Modo			
			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 10 - 03 / 19 : 01: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: HERNANDEZ MACHADO YESENIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4213698	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	05	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	10	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 1ª N 16 15 palacio tayrona						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	04	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AIEPI					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 10 Mes 10 Año 2022	Día 31 Mes 12 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	AREA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA	CALLE 14 - 2 49

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3126509392	Día 28 Mes 01 Año 2022	Día 30 Mes 06 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	AREA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 09 Mes 07 Año 2021	Día 31 Mes 08 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	TUBERCULOSIS Y LEPRA	CALLE 14 2 49

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 08 Mes 03 Año 2021	Día 08 Mes 04 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	TUBERCULOSIS Y LEPRA	CALLE 14 2 49

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 30 Mes 07 Año 2020	Día 31 Mes 12 Año 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		CALLE 14 2 49

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	10	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: ADMI-ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	10	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: ADMI-ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	07	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: ADMI-ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	07	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 123/2013 CONTRATISTA	DEPENDENCIA: 3 PISO HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	Machado	Yesenia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36506304	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 12 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA ANA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA 6 CASA 191 CASA CIUDAD EQUIDAD

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL y-eseniahernandez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta - Diciembre-2023

Yesenia Hernández Machado

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato
Antonio Brugés Carmona
De Santa Ana - Magdalena

Aprobado por Resolucion No. 1242 del 1o. de Diciembre de 1998
Emanada de la Secretaria de Educacion Departamental del Magdalena

CONFIERE A:

YESENIA HERNANDEZ MACHADO

Identificado con C.C. No. 36.506.304 de STA. ANA

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

COLEGIO NZDO. ANTONIO BRUGES CARMONA
Ciencia Y Disciplina

Mariano Gomez
RECTOR

SECRETARIA

Libro 006 Folio 015 Acta 017 Año 1999

dado en Santa Ana a 4 de Diciembre de 1999

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Ana Magdalena a los 27 días del mes de Noviembre del año de 1.999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nacionalizado de Bachillerato "ANTONIO BRUGES CARMONA" modalidad Académica institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica según Resolución(es) Número (os) 1242 del 1 de Diciembre de 1.998, expedida por la Secretaría de Educación Departamental.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de B A C H I L L E R al graduando cuyo número de órden, nombres apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	Nombres y Apellidos
045	Y E S E N I A HERNANDEZ MACHADO.

Documento de Identidad C.C.# 36'506.304 Sta. Ana, Magd.

Es fiel copia tomada del Acta original No. 017 de Fecha 27 de Nov. de 1.999 que consta de 105 alumnos graduados, comienza con el nombre de JOHAN ALBERTO ACOSTA BASTIDAS y se cierra con el nombre de, SIMON SEBASTIAN VIDES VILLAMIZAR

firmado y sellado por MARIANO GOMEZ OSPINO (Rector) y ALBANYS DE JESUS ALFARO VIDES (Secretario)

Dado en Santa Ana Magdalena a los 27 días del mes de Noviembre de 19 99

En constancia se firma la presente, acta.

Firmado y Sellado

El Rector o Directo(a)

C.C. No. 12.533.706 de Sta. Marta

El Secretario(a)

C.C. No. 22.435.002 de B/quilla.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 10159 del 30 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Reconocida Por: 3864 del 7 de Marzo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Reconocida Por: 1936 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

YESENIA HERNÁNDEZ MACHADO

con cédula de ciudadanía No. 36.506.304 de Santa Ana
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Ruiz
Secretario(a) General

Folio No. 269 Libro de Registros No. 6 Registro No. 8275 Refrendado en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24139 del 30 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 591 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1930 del 11 de Junio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 53

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 12 DE JULIO DE 2013.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que YESENIA HERNANDEZ MACHADO
con cédula de ciudadanía No 36.506.304 de Santa Ana
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 7 en sesión del día 19 de Junio de 2013.

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede,
Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 12 DE JULIO DE 2013.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

Scanned by TapScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YESENIA HERNANDEZ MACHADO** identificada con la cédula de ciudadanía número 36506304, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 0423
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **YESENIA HERNANDEZ MACHADO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 36.506.304, expedida en Santa Ana - Magdalena solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** Según Acta de Grado No. 53 con fecha 12 de julio de 2013

Que **YESENIA HERNANDEZ MACHADO**, participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio, realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 20 de enero de 2015, dando cumplimiento a las Resoluciones No. 2358 del 18 de junio de 2014, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

Que una vez realizado el sorteo **YESENIA HERNANDEZ MACHADO**, no salió favorecido (a), quedando exonerado (a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **YESENIA HERNANDEZ MACHADO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 36.506.304, expedida en Santa Ana - Magdalena, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud de Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., en fecha 05 MAR 2015

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Piedad De la Hoz Orozco

Gobernación del Magdalena
Secretaría Seccional de Salud del Magdalena
Calle 22 No. 13 A - 03
Teléfono: 57 54 319343

E-0309

YESENIA HERNANDEZ MACHADO
ENFERMERA PROFESIONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Salud y Proteccion Social

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 36.506.304

ENFERMERA

YESENIA HERNANDEZ MACHADO

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2013-07-12

FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 08/03/2016

Creado con | 821

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

36506304

Primer Nombre

YESENIA

Primer Apellido

HERNANDEZ

Confirme los números de la Imagen *

2 4 2 8

Cambiar

1301

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-01→9:42:25 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identifica
CC	36506304	YESENIA		HERNANDEZ	MACHADO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YESENIA HERNANDEZ MACHADO identificado(a) con CC 36506304 registra La siguiente información:

2023-12-01→9:42:25 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-03-08	36506304	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Re

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-07-29
Fecha de vencimiento: 2024-07-29

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

c.c. 36506304 dc Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Basico RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2021-09-28

Fecha de vencimiento: 2023-09-28

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la página

www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-28
Fecha de vencimiento: 2025-06-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-28
Fecha de vencimiento: 2025-06-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Neonatal NALS con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-26
Fecha de vencimiento: 2025-06-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-24
Fecha de vencimiento: 2025-06-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-22
Fecha de vencimiento: 2025-06-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-07-25
Fecha de vencimiento: 2024-07-25

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yesenia Hernández Machado

CC 36506304 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-07-27
Fecha de vencimiento: 2024-07-27

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

PREVENIR 1-A S.A
NIT 819001928 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 10/06/2022 09:28:00 **Cargo** Enfermera
Empresa PARTICULAR
Nombre YESENIA HERNANDEZ MACHADO
Doc. Identidad CC 36506304 **Edad** 41 Años **Género** Femenino
Dirección Ciudad Equidad Manzana 6 Casa 191 **Teléfono** 3126509392
Escolaridad Profesional
Eps MUTUALSER

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO
Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS (IMC 32.89)
EJERCICIOS FUNCIONALES

-- DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI (X) NO ( ) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** SI (X) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente. Ademas doy fe que

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2368/2019 SDSM

Trabajador YESENIA HERNANDEZ MACHADO
CC: 36506304
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella biométrica

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
G O B E R N A C I O N
SECRETARIA GENERAL
NIT: 800.103.920-6

No. 1046

LA SUSCRITA TÉCNICO OPERATIVO DE LA SECRETARIA GENERAL

H A C E C O N S T A R:

Que, **YESENIA HERNANDEZ MACHADO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.506.304 expedida en Santa Ana, Magdalena, prestó sus servicios al **DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA**, según el siguiente detalle:

Vinculada mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o Apoyo a la Gestión No 1179 del 24 Octubre de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014. Objeto del Contrato: La prestación de servicios Profesionales en el Área de Promoción Social - Grupo PAPSIVI de la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena, con el fin de ejecutar estrategias y acciones articuladas con el Sistemas General de Seguridad Social en Salud según el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctima del Conflicto Armado (en adelante PAPSIVI)..

Se expide la presente constancia a solicitud de parte interesada. Dada en Santa Marta, D.T.C.H., a los diez (10) día del mes de abril de dos mil quince (2015).

Lorenza Orozco Ramos
LORENZA ESTHER OROZCO RAMOS
Técnica Operativa
Oficina Historias Laborales

Elaborado por: Jacqueline C.

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

CONTRATO N°:	1015-2018
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL COMPONENTE DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2018
VALOR TOTAL:	$5.600.000
FECHA DE INICIO:	24 de agosto de 2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	14 de octubre de 2018
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, segun lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	1465-2018
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL COMPONENTE DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2018
VALOR TOTAL:	$8.400.000
FECHA DE INICIO:	12 de octubre de 2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	28 de diciembre de 2018
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, segun lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	663-2019
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL COMPONENTE DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

	POBLACIONES VULNERABLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA. GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2019.
VALOR TOTAL:	$16.800.000
FECHA DE INICIO:	14 de mayo de 2019
FECHA DE TERMINACIÓN.	14 de noviembre de 2019
EJECUCIÓN.	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	1698-2019
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL COMPONENTE DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERBALES DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2019
VALOR TOTAL:	$2.800.000
FECHA DE INICIO:	13 de diciembre de 2019
FECHA DE TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2019
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	482-2020
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2020
VALOR TOTAL	$8.400.000
FECHA DE INICIO	04 de marzo de 2020
FECHA DE TERMINACIÓN	4 de junio de 2020

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	827-2020
TIPO DE CONTRATO.	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2020.
VALOR TOTAL:	$19.200.000
FECHA DE INICIO:	30 de julio de 2020
FECHA DE TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2020
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°	352-2021
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2021
VALOR TOTAL:	$3.200.000
FECHA DE INICIO:	08 de marzo de 2021
FECHA DE TERMINACIÓN:	08 de abril de 2021
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°	1066-2021
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

	EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LA LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2021
VALOR TOTAL:	$6.400.000
FECHA DE INICIO:	12 de julio de 2021
FECHA DE TERMINACIÓN EJECUCIÓN:	31 de agosto de 2021
	SATISFACTORIO, *según lo indicado por el supervisor del* contrato

CONTRATO N:	1503-2021
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2021
VALOR TOTAL	$14.000.000
FECHA DE INICIO:	20 de septiembre de 2021
FECHA DE TERMINACIÓN EJECUCIÓN:	31 de diciembre de 2021
	SATISFACTORIO, *según lo indicado por el supervisor del* contrato

CONTRATO N:	642-2022
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DE LA GESTION DE SALUD PUBLICA GESTION PROGRAMATICA DE AL SALUD PUBLICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2022
VALOR TOTAL	$18.000.000
FECHA DE INICIO:	25 enero de 2022
FECHA DE	30 de junio de 2022

CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

TERMINACIÓN EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

CONTRATO N°:	1448-2022
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SLAUD PUBLICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022
VALOR TOTAL:	$9.000.000
FECHA DE INICIO:	10 de octubre de 2022
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 de diciembre de 2022
EJECUCIÓN:	SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato

NOTA: La presente certificación es exclusiva de la vinculación entre el Contratante y la Alcaldía Distrital de Santa Marta, a través de su Unidad de prestación de servicios, asimismo se manifiesta que la información suministrada fue obtenida de los archivos físicos y digitales que reposan en la Dirección de Contratación Distrital.

En constancia a lo anterior, se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los doce (12) días del mes de mayo de 2023.

GREYSI ÁVILA CAMPO
Directora de Contratación Distrital

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-2

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la Señora, **YESENIA HERNANDEZ MACHADO,** identificada con cedula de Ciudadanía **No 36.506.304**, fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis, prestando sus servicios como **ENFERMERA,** en virtud de las siguientes Órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **1189** de fecha 04 de Mayo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Mayo al 30 de Junio de 2015.
2. No. **1624** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015.
3. No. **2610** de fecha 23 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 23 de Noviembre al 31 de Diciembre 2015.

Lo anterior se expide por solicitud del interesado, al Primer (1) día del mes de Marzo de 2016.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36506304 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

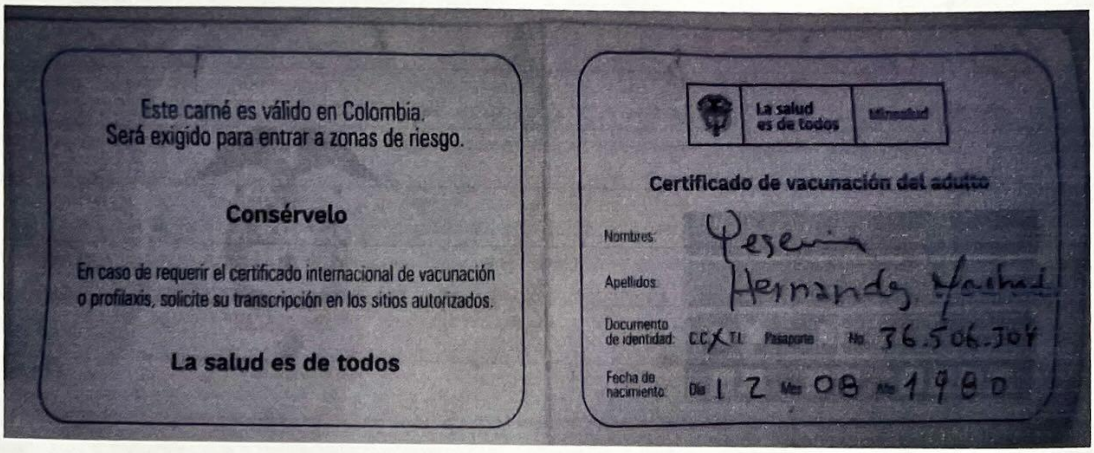
Se expide en Bogotá el 01/12/2023 11:41 AM

Código Verificación: **WT7P14EV8X**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

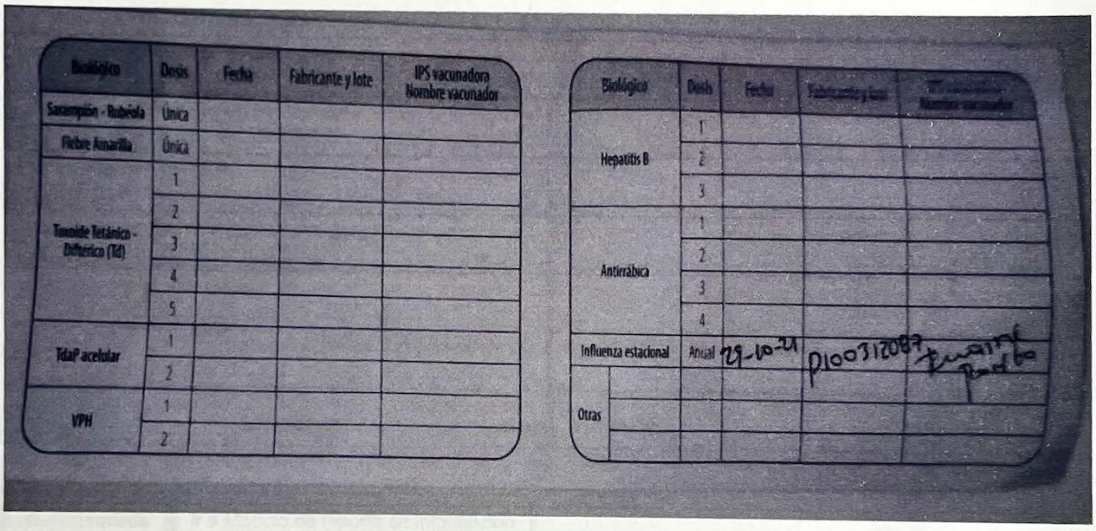
Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yesenia

Apellidos: Hernandez Vachal

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36.506.304

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 08 Año 1980



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	29-10-21	P100312087	Zuvaire Pardo
Otras				

¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Realice una consulta

Tipo de persona	NATURAL
Primer nombre	
Segundo nombre	
Primer apellido	HERNANDEZ
Segundo apellido	
Número de documento de identidad	36506304
Nombre entidad	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Fecha de publicación	01/01/2023 hasta 31/12/2023

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
YESENIA HERNANDEZ MACHADO CEDULA DE CIUDADANIA - 36506304	Declaración Ley 2013 de 2019	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	INGRESO	**1273237-01** Declaración inicial	2023-09-07 14:59	FINALIZADO

Ver Aviso de privacidad

Aplicativo por la Integridad Pública

1.5.2

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-09-07 14:59

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YESENIA		HERNANDEZ	MACHADO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36506304

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA ANA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$25.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELISAUL		CUISMAN	OÑATE

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36506404,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de diciembre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **HERNANDEZ MACHADO YESENIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **36506304** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**06/02/2018**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 01 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta Magd		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				Sexo
Yesenia Hernandez Muchado				M F

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C C.E T.I R.C PP	36506304	Santa Ana Magd	6-08-1999

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
			X		✓	✓		✓	2			✓		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
12 08 1980	Santa Ana Magd	C. equidad Manz 6 casa 191	Santa Marta	Magd

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Y-esenia hernandez@hotmail.com	3126509392.	

Ocupación (Seleccione)							Actividad Principal CIIU
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado			
Detalle Actividad Económica				Descripción del CIIU			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	C.C. P.P	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
	Publica		Privada		Mixta	Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensules
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año	Es declarante? SI / NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demas productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez

Yesenia Hernandez Muchado.



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):