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 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Yuray Carolina García Martínez Identificado con Cédula No. 1082942738 y Profesión Rx enfermería **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: Yuray

	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://siii.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 Único 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 **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Título (**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 del 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/		



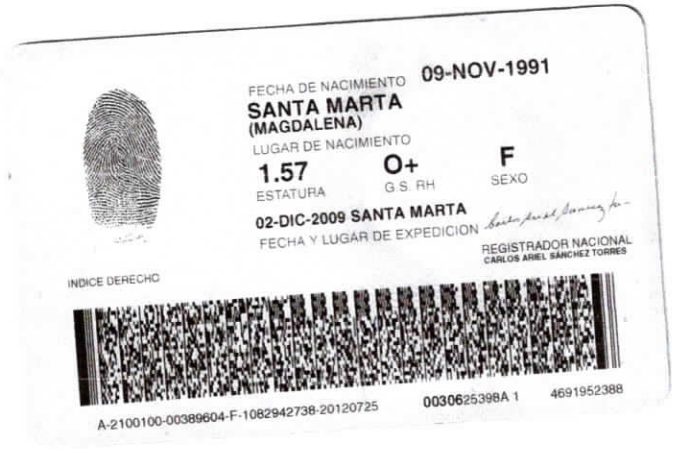
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.942.738
GARCIA MARTINEZ

APELLIDOS
YURLAY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1991
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

02-DIC-2009 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00389604-F-1082942738-20120725 00306 25398A 1 4691952388

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Bien hecho! Los datos han sido guardados con éxito.

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: 2024-01-02, 4:28 pm

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Tipo de Documento: Selecciona uno...

No. de Documento

Expedida en:

Fecha de Expedición: AAAA/MM/DD

Sexo: Selecciona uno...

Estado Civil: Selecciona uno...

Nacionalidad: Selecciona uno...

Otra:

Fecha de Nacimiento: AAAA/MM/DD

Departamento de Nacimiento: Seleccione...

Municipio de Nacimiento:

Dirección de Residencia:

Departamento de Residencia: Seleccione...

Municipio de Residencia:

Edad:

Hijos:

Personas a cargo:

Correo Electrónico:

Celular:

Teléfono:

Tipo de Ocupación: Selecciona uno...

Tipo de Vivienda: Selecciona uno...

Información Profesional y Laboral

Nivel de Educación: Selecciona uno...

Título Obtenido:

Fecha de Grado: AAAA/MM/DD

Información Financiera

Tipo de Producto: Seleccio

No. de Producto.

Entidad:

Sucursal:

Antigüedad: AAAA/MM/

Contrato Vigente o Contrato Anterior

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

Empresa o Entidad

Tipo de Entidad: Selecciona uno...

País:

Departamento: Seleccione...

Municipio:

Correo Electrónico de la Entidad:

Actividad Contractual:

Dependencia:

Dirección

El (la) suscrito(a) YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ. identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.092.942.733 expedida en SANTA MARTA., 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 18 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ
Cédula 1.092.942.733 STAMTA.

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:17:03
YURLAY CAROLINA G...

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	
Cargo	
Título	
Nombre	YURLAY CAROLINA
Apellidos	GARCIA MARTINEZ
Fecha de Nacimiento	2/12/2009 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	ESPAÑA
Correo electrónico	yurlaygarciamart@gmail.com
Teléfono	
Celular	3122007765
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Santa Marta, 2024

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA LABORAL

Yo: YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ; identificada con C.C. N°: 1.082.942.738, Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área en la cual se asignada de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Agradezco de antemano la atenci6n prestada, espero que la Presente propuesta sea de su total satisfacción.

Cordialmente,

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ
1.082.942.738
Cel: 3122007765
Direccion: Cl 9C No. 46-68 Bastidas
yurlaygarciamart@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14488676039

(415)7707212489984(8020) 000001448867603 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 4 2 7 3 8	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 4 2 7 3 8	2 0 0 9 1 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	MARTINEZ	YURLAY	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 9 C 46 68 BRR BASTIDAS

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
luzjannethlondonotovar@gmail.com		3 0 4 2 4 3 0 4 5 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 5 0 8 1 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2018 - 10 - 22

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 MONTES LABORDE DIANA ELISA

985. Cargo Facilitador III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARCIA	MARTINEZ	YURLAY CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.082.942.738

SEXO: F (●) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (●) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 09 MES 11 AÑO 1991

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTAMARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 9C #46-68 BASTIDAS

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTAMARTA

TELÉFONO: 3113845791 EMAIL: YURLAYGARCIAMARTA@GMAIL.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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	✓		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2015	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INDEPENDIENTE		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 660 14 46	DÍA 11 MES 04 AÑO 2019	DÍA 22 MES 10 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX EN ENFERMERIA		TRANS 9B #34-110 URB EL BOSQUE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INDEPENDIENTE CUIDADOS D'ENFERM		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3017412918	DÍA 05 MES 07 AÑO 2023	DÍA 02 MES 08 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR POR TURNOS		CLINICA MAR CARIBE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INDEPENDIENTE CUIDADOS DE ENF		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3122528622	DÍA 30 MES 10 AÑO 2023	DÍA 08 MES 11 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR POR TURNO		CLINICA CETIOCA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA ___ MES ___ AÑO ____	DÍA ___ MES ___ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4 A	6 M
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	6 MESES

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 02/ENE/2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 Corporación de Estudios Técnicos Ocupacional Sistematizada "CETECOS". Aprobada con Resolución 108 de Febrero 18 de 1997 y 411 de Septiembre de 2000 y 1407 de Noviembre de 2008, Certificación de Calidad Modelo EFQM.

CERTIFICA QUE:

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ, identificado con C.C. 1.082.942.738 Santa Marta (Magdalena) cursó y aprobó en nuestra institución el programa **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** el cual culminó en Diciembre de 2015, realizando sus prácticas por un periodo de cuatro (4) meses en las siguientes clínicas y/o puestos de salud:

- **CLÍNICA MAR CARIBE** en el área de cirugía y hospitalización, (2 meses)
- **URGENCIAS CLINICA EL PRADO** (1 mes)
- **PUESTO DE SALUD MAMATOCO** (1 mes)

Se expide la presente a solicitud del interesado (a) dado en Santa Marta, el día 28 del mes de Marzo de 2016.

ANA KARINA AVENDAÑO GUTIERREZ
Secretaria General

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución
No. 0973 de Agosto 26 de 2015 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo
No. 00118 de Mayo 19 de 2015 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar en Enfermería

A :

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

Documento de Identidad: 1.082.942.738 de: Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de: Auxiliar en Enfermería
con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 18 días del mes de Diciembre de 2015

Leonardo Peña
DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 026 Registro 0838 del Libro de Actas 003

Institucion Educativa Distrital
Rodrigo De Bastidas
Santa Marta D.T.C.H.

DANE 147001000994-01
CÓDIGO: 068361
JORNADA NOCHE

Acta De Grado

INDIVIDUAL No. 024

En Santa Marta, a los 15 días del mes de Diciembre del año 2011, los suscritos Rector y Secretaria de la **INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL RODRIGO DE BASTIDAS** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo (Cleí) de Educación Media Vocacional. Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Secretaria de Educación Distrital y regulado por el Decreto 3011 de 1997, para otorgar el Título de Bachiller académico, con Resolución No. 0205 del 23 de Marzo del 2006.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Ciclo (Clei) de Educación Media Vocacional, previo el lleno de los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional P.E.I. se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico, a la (al) graduanda (o) cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relaciona a continuación:

GARCIA MARTINEZ YURLAY CAROLINA

C.C. No. 1.082.942.738 de Santa Marta

Esta Acta es fiel copia del Acta general No.024 del 15 de Diciembre de 2011, que consta de Ciento Veintiún (121) estudiante graduando y comienza con los apellidos y nombres de ABELLO PLATA KAREN CECILIA y se cierra con los apellidos y nombres de ZAMORA DANIES EVELYN JOHANA, para constancia firma el Rector EDGARDO ALFONSO SERRANO POLO y la Secretaria ELIZABETH MATTA JIMÉNEZ.

Dada en Santa Marta a los 15 días del mes de Diciembre del 2011.

EDGARDO ALFONSO SERRANO POLO
C.C.No.12.620.187 de Ciénaga Magd
Rector

ELIZABETH MATTA JIMENEZ
C.C.No.36.536.083 Santa Marta
Secretaria

La república de Colombia y en su nombre

Institución Educativa Distrital

Rodrigo De Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Reconocida Oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura del Distrito
Según Resolución No. 0205 del 23 de Marzo de 2006
Confiere A:

Yurlay Carolina Garcia Martinez

D.I. C.C. No. 1.082.942.738 De. Santa Marta

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica de acuerdo con P.E.I., en Ciclos Lectivos Especiales Integrados C.L.E.I. Según los planes y programas vigentes Conforme al Decreto 3011 de 1997.

Rector

Secretaria

Este Diploma no. Requiere de registro en secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

libro 02 Folio No. 042 Acta 024
Dado en Santa Marta, a 15 de Diciembre del año 2011

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 0180
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA 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) YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1,082,942,738, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la AUTORIZACION para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS, con Acta de Certificados No 0838 del 18 de Diciembre de 2015.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1,082,942,738, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, en el territorio Nacional e Inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del 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: 27 ENE 2016

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó y Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

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 *

1082942738

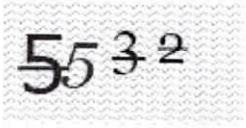
Primer Nombre

YURLAY

Primer Apellido

GARCIA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6849

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-14→3:47:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1082942738	YURLAY	CAROLINA	GARCIA	MARTINEZ	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) YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ identificado(a) con CC 1082942738 registra La siguiente información:

2023-12-14→3:47:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-01-27	180	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud

puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

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

Yurlay Carolina Garcia Martinez

CC 1082942738 de Santa Marta

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.

Fecha de emisión: 2023-12-09
Fecha de vencimiento: 2025-12-09

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

Yurlay Carolina Garcia Martinez

CC 1082942738 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-11
Fecha de vencimiento: 2025-12-11

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

Yurlay Carolina Garcia Martinez

CC 1082942738 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-12-13
Fecha de vencimiento: 2025-12-13

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

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.942.738

Asistió al Diplomado de:

UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI NEONATAL)

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTAMARTA A LOS 14 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Andres Fabian Monje
GERENTE

IMAVSS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA TRES AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.942.738

Asistió al Diplomado de:

UNIDAD DE CUIDADOS CRITICO (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI ADULTOS)

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTAMARTA A LOS 15 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andres Fabian Monje
GERENTE

IMAVSS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA TRES AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.942.738

Asistió al Curso de:

GESTION DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 13 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Andrés Fabian Monje
GERENTE

IMAVSS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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

Yurlay Carolina Garcia Martinez

CC 1082942738 de Santa Marta

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.

Fecha de emisión: 2023-12-07
Fecha de vencimiento: 2025-12-07

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

Yurlay Carolina Garcia Martinez

CC 1082942738 de Santa Marta

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.

Fecha de emisión: 2024-01-02
Fecha de vencimiento: 2026-01-02

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

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.942.738

Asistió al Curso de:

CODIGO ROJO MANEJO DE HEMORRAGIAS OBSTETRICAS (CR)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje
GERENTE

IMAVSS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ISO 9001 icontec internacional

Certificación de Servicios icontec internacional

CETECOS

Certifica que:

YURLAY GARCIA MARTINEZ

Asistió al Seminario de:

POLITICAS DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN UCI

Santa Marta 19 de Noviembre de 2015 Intensidad: 3 HORAS

ALEXA DIAZGRANADOS PEREA
Rector

ANETH RIVAS
Conferencista

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Afiliado
icontec internacional

Certifica que:

YURLAY GARCIA MARTINEZ

Asistió al Seminario de:

HUMANIZACION EN LA ATENCION EN SALUD

Santa Marta 22 de Octubre de 2015 Intensidad: 3 HORAS

ALEXA DIAZGRANADOS PEREA
Rector

MARGARITA MUÑOZ
Conferencista

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

MODELO EUROPEO DE CALIDAD TOTAL
EN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
EFQM

CETECOS

Certifica que:

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ

Asistió al Seminario de:

SEGURIDAD EN EL CUIDADO DE PACIENTES HOSPITALARIOS

Santa Marta 15 de OCTUBRE de 2014 Intensidad: 3 HORAS

ALEXA DIAZGRANADOS PEREA
Rector

GINA MARQUEZ
Conferencista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 02/01/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Yurlay Carolina García Martínez**
Cedula Ciudadanía: 1082942738
Sexo: F
Edad: 32 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Principales Tareas: realizar el cuidado y la atención directa a los pacientes. Registrar signos vitales, toma de pruebas diagnósticas, otros asignados.
Celular: 3122007765
Correo Electrónica: Yurlaygarciamart@gmail.com

Examen Medico Ocupacional

- **Arco de Movilidad Osteomuscular:** Rango normal.
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** Normal.
- **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico normal, Por su actividad laboral del sector salud, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Recordando las medidas frente a las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de vida Saludable
- Higiene Postural y de Cargas- Pausas Activas
- USO DE EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y Seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE

Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	**Distrito:SANTA MARTA**	**Municipio**	**Distrito:SANTA MARTA**	**Dirección**	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio Libertador .
Grupo del Servicio		**Consulta Externa**			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx **y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:**DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140959165

Versión 3.0.

[redacted]

COMERCIAL
BELLOSO

[redacted]

S.A.S. 12.547.035.

Referencia: **Certificado Laboral**

A quien Corresponda :

Apreciados Señores:

De manera atenta, nos permitimos certificar que el señor(a) YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ identificado(a) con (Cedula de Ciudadanía) No**.1.082.942.738 de Santa marta Magdalena** Desempeño el cargo de Enfermera Familiar en mi organización desde el 11-04-2019 hasta el 22-10-2022 de los corrientes; teniendo un comportamiento Ético y de profesionalismo intachable en cada una de las responsabilidades asignadas.

Atentamente.

Alonso Bellozo Peralta
Gerente General
S.A.S. 12.547.035.

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 1082942738 **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 02/01/2024 04:43 PM

Código Verificación: **MAYVPJF3CW**

Válida hasta: **01/04/2024**

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 zona de riesg

Conservalo

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Yorlay Carolina

Apellidos: Garcia Martinez

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1.082.942.738

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 11 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Papera	1			
Toxoide Tétano Diftérico Td	1			
	2	10/06/15	024/3002c	
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	13.07.15	AHBVC417AA	
	2	13.08.15	T3099B08AA	
	3	13.10.15	AT032B08AB	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla	Unica	10/06/15	C3095AA	
Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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	2024-01-02 16:55

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YURLAY	CAROLINA	GARCIA	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082942738

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$1.500.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

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 [ ] No [X]

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 [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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]

Dentro del año anterior tuve interés directo 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 (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

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:

COOSALUD
En Paz día tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082942738** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/01/2024**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 03 de enero del 2024. 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.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.942.738**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	1
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
YURLAY CAROLINA GARCIA MARTINEZ	M: F:

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C: X C.E: T.I: R.C: PP:	1.082.942.738	SANTA MARTA	02-DIC-2009

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							X		5			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
9 NOV 1991	SDHTA - MAG.	CALLE 9C # 46-68 BASTIDAS	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
YURLAYGARCIAHART@GMAIL.COM	3122007765	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar	X	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
DOMICILIARIA CUIDADOS ENF	Publica:	Privada:	Mixta:	Otra, cual?	AUX DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
DOMICILIO DE PACIENTE (URB EL BOSQUE).	SANTA MARTA	BOSQUE (URB)	3106601446

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI: NO: X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1'000.000	Total Egresos mensuales	900.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	300.000
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/o 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 demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen 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 Mendez Barrenechea 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) Recopilar, 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 Barrenechea, 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 reflejara en las mencionadas bases de datos, entiendo 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 sea la solicitud, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal que a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea no utilizar o revocar mi autorización personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones y demás de la Ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento