HJMB
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,** Dinalis chaves martinez Identificado con Cédula No. 1082853339 y Profesión Enfermera **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://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**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
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 Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
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**)		X
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).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
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.*		X
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.*		X
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).**		X
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/**	✓	

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	Dineyis Chávez Martínez
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1082853339
FECHA DE NACIMIENTO	21 de mayo 1986
LUGAR DE NACIMIENTO	Santa marta, Magdalena
ESTADO CIVIL	soltera
CIUDAD	Santa marta - Magdalena
DIRECCIÓN	Cr 21 a N 29 C 13 AVENIDA DE EL RIO.
TELÉFONO	3246428341
E-MAIL	dinecha77@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO
1.082.853.339

APELLIDOS
CHAVES MARTINEZ

NOMBRES
DINEYIS MARIA



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1986**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

03-FEB-2005 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2100100-01242604-F-1082853339-20210701 0074818898A 2 9915692348

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082853339

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082853339	CHAVES	MARTINEZ	DINEYIS	MARIA	2024-01-03, 3:13 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) Dineyis Chaves martinez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082853339 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 3 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Dinayis chaves martinez
Cédula 1082853339.

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE

Aumentar el contraste

UTC -5 12:17:53
dineyis chaves



Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

- Configuraciones del usuario
  DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ
  CAT-1250584
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- 6 Ene, 2024(UTC -5) 12:17:53
- Salir

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione ▾

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
3186510	CO1.PCCNTR.4207727	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA MAGDALENA	Entidad Estatal	11/11/2022 6:10:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16/12/2022 7:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DINEYIS CHAVEZ	4.788.000 COP	Cerrado	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos

HERRAMIENTAS

SANTA MARTA 05 DE ENERO DE 2024

DR.

GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E Hospital Julio Méndez Barreneche

Asunto: Oferta de servicios.

Yo, DINEYIS MARIA CHAVEZ MARTINEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1082853339 Expedida en Santa Marta/Magdalena, presento mi propuesta y disposición como Enfermera Profesional, para prestar los servicios de Prestar servicios profesionales de enfermería, para Apoyar a la subgerencia asistencial en la atención y el cuidado del paciente, garantizando así la Prestación de los servicios de salud en las diferentes UPSS de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, Por lo anterior me Comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas, derivadas de la oferta y/o aquellas Contenidas en los estatutos de convivencia y oportunidades de contratación. PLAZO: Me someto al Plazo de contratación que establezca la Entidad de acuerdo a la necesidad del servicio. VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la Entidad de Acuerdo a su disponibilidad presupuestal. PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar Copia de mi hoja de vida con los respectivos soportes legales necesarios para la contratación.

Cordialmente,



DINEYIS MARIA CHAVEZ MARTINEZ
C.C. No. 1082853339 de Santa Marta/Magdalena
CEL: 3246428341
MAIL: dinecha77@gmail.com
Dir: calle 7 cra 4 pescaito

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14629029453

(415)7707212489984(8020) 000001462902945 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 5 3 3 3 9	0	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 8 5 3 3 3 9	2 0 0 5 0 2 0 3

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
CHAVES	MARTINEZ	DINEYIS	MARIA

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 11 F 29 B 15 BRR GALICIA

42. Correo electrónico: dineyis2118@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 6 5 5 3 9 3 4	

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 4 2 2	8 2 9 9	2 0 1 5 0 4 2 2			5 1 3 2	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 19

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 05-01-2024 04:09:29PM

FORMATO ÚNICO

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
Chaves	Martinez	Dineyis Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082853339 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES 05 AÑO 1986

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21A 29C 13 avenida del rio

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: Dinecha77@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004
										X				

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	10	X		ENFERMERIA	07	2018	42611

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

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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PERFECT BODY			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 null null # 15 - 110 B. Jardin					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EQUIMEDIS PLUS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL VISITADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 null null N 14 - 81 Local 1					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL APRENDIZAJE SENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	26	*Mes:*	02	*Año:*	2020	*Día:*	26	*Mes:*	12	*Año:*	2020
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* Km 5 via Gaira					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CENFOLAB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	06	*Mes:*	08	*Año:*	2018	*Día:*	04	*Mes:*	12	*Año:*	2020
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CALLE 18 - # 4 - 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	1

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 _____

_____

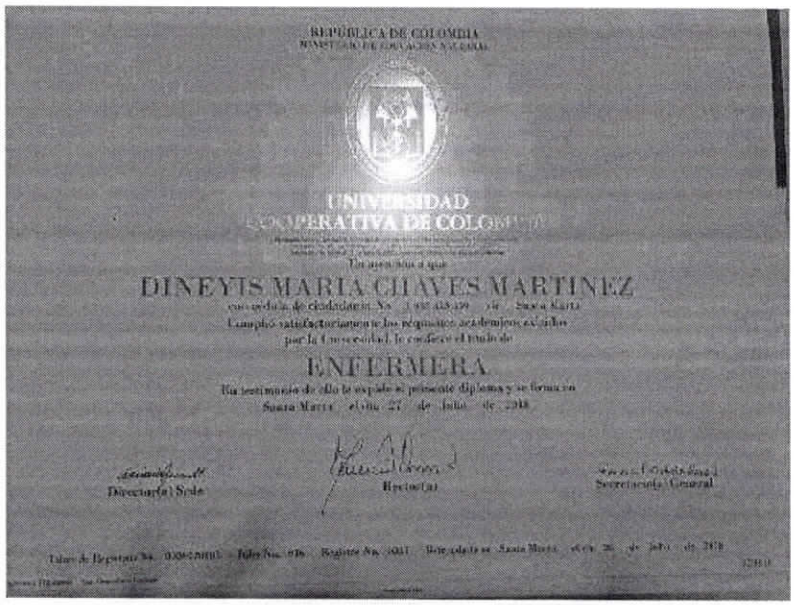
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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*



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Tiene a bien otorgar a

DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ

con cédula de ciudadanía No. 1 [illegible] de Santa Marta

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 a los 27 de Julio de 2018

Dirección Sede

Rector(a)

Secretaria General

Libro de Registro No. [illegible] Folio No. [illegible] Registro No. [illegible] Dado en la ciudad de Santa Marta a los 28 de Julio de 2018

La República de Colombia

En su nombre

Corporación Técnica del Magdalena

Con Resolución Oficial No. 3411 de Noviembre 19 de 2010.
Otorgada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta

Confiere a:

Dineyis María Chaves Martínez

Identificado (a) con C.C. No. 1.082.853.338 de Santa Marta (Magdalena).

Por haber cualizado el curso satisfactoriamente los módulos teóricos prácticos
Establecido por la Intensidad horaria de 216 horas.

En el Curso de:

Visita Médica Profesional

Director (a)

Secretario (a)

Dada en Santa Marta a Los Diez (10) días del mes de Abril del año 2013

República de Colombia

Departamento del Magdalena

y en su nombre

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA

CESMAG "GABRIEL ANGULO"

Creado mediante Decreto 810 de diciembre 13 de 1963, autorizado con Resolución No. 2182 de Agosto 6 de 1984 y modificado mediante Ordenanza No. 300 de diciembre de 1992 y No. 005 de junio 7 de 2005

Teniendo en cuenta que:

Dineyis María Chaves Martínez

C.C. No. 1.082.853.339 expedida en Santa Marta

Cursó y aprobó todas las asignaturas programadas por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

"Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a los 06 de marzo de 2007.

Director CESMAG

Secretaria Académica



Certifica que:

Dineyis Chávez Martínez

Identificado(a) con cédula de ciudadanía N°

1082853339

Participó en el Diplomado de:

MARKETING COMUNICATIVO

Realizado entre el 05 de Diciembre de 2015 y el 04 de Marzo de 2016
Con una intensidad de 105 horas

Expedido en la Ciudad de Santa Marta - Magdalena, a los 04 días del mes de Marzo de 2016

Director Regional

XIV CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA

Congreso por Colombia

Certifica que

Dineyis María Chávez Martínez

Identificado (a) con C.C. No. 1.082 853.339

Asistió al
XIV CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA

En calidad de: PARTICIPANTE
Con una intensidad académica de 16 horas

Dado en Valledupar, Octubre 15 y 16 del 2016

Rafael Rolong Polo
Director Congreso por Colombia

Yajaira Guerrero Sanjuan
Coordinadora Congreso por Colombia

Instituto de Capacitación Tecnológica

I.C.T

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CERTIFICA

Que: **DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ**

Asistió y participó en el SEMINARIO FORO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL

Sobre MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (ACT. DECRETO 1072

Dictado los días: Veintiséis (26) del mes Septiembre de 2015

Con una intensidad de: 04 horas.

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes Septiembre de 2015

Karen Quiroz Acosta
Profesional en Salud Ocupacional Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Gerencia de la Calidad
Instructor

Diana Guillermo Vargas
Coordinador

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Instituto de Capacitación Tecnológica

I.C.T

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CERTIFICA

Que: DINEYIS CHAVEZ MARTINEZ

Asistió y participó en el: SEMINARIO FORO

Sobre: "INTRODUCCION A LA VIDA LABORAL"

Dictado los días: Doce (12) del mes Diciembre de 2015

Con una intensidad de: 04 horas.

Dado en Santa Marta a los 12 días del mes Diciembre de 2015

Julio Acosta
Instructor

Diana Gutiérrez Vargas
Coordinador

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Gmail dineyis chaves martinez <chavesmartinezdineyis@gmail.com>

SOLICITUD DE CERTIFICADO TRIBUNAL DE ETICA DE ENFERMERIA DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ C.C 1082853339

1 mensaje

dineyis chaves martinez <chavesmartinezdineyis@gmail.com> 4 de enero de 2024, 12:43
Para: trienfercertificado@outlook.com

Scan139 (1).pdf
52K

Santa Marta 03 de enero de 2024

Señores

TRIBUNAL DE ETICA DE ENFERMERIA

ASUNTO: SOLICITUD DE CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE ETICA DE ENFERMERIA

La presente es para solicitar certificado a nombre de DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ con C.C 1082853339.

Adjunto. Correo para el envió: chavesmartinezdineyis@gmail.com

Agradeciendo su atención prestada.

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

C.C 1082853339

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos · Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ

C.C. 1.082.853.339

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 27/07/2018

Fecha de Inscripción en Rethus: 24/02/2021

42611

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

e 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) DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ identificado(a) con CC 1082853339 registra La siguiente información:

2024-01-04 1:04:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-02-24	1082853339	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

SUPRO

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:



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

Dineyis Maria Chaves Martínez

c.c. 1082853339 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-01-10
Fecha de vencimiento: 2024-01-10

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

Dineyis Maria Chaves Martínez

CC 1082853339 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) 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

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

Dineyis Maria Chaves Martínez

CC 1082853339 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-01-04
Fecha de vencimiento: 2026-01-04

FUNDACION 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 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

Dineyis Maria Chaves Martínez

CC 1082853339 de Santa Marta - 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.

Fecha de emisión: 2022-01-12
Fecha de vencimiento: 2024-01-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de este certificado en la página
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 MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTÍNEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

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: 06/01/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Dineyis Chaves Martínez**
Cedula de Ciudadanía: 1082853339
Sexo: F
Edad:36 años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Principales Tareas: Elaborar, aplicar y supervisar las normas técnicas, los planes estratégicos y los procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería; Organizar y controlar el uso y suministro de materiales, medicamentos y equipos médicos; Llevar el control de pacientes y tratamientos ordenados. Atender emergencias de carácter médico; Participar en programas específicos que implemente la Dirección del establecimiento; Velar y cuidar de los pacientes y del equipo de enfermería, mostrando liderazgo y empatía.
Celular: 3246428341
Correo Electrónico: dinecha77@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación, examen Médico y verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- 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 CIRUJANO
RM 0556 S.M. Lic 11930
UNIMETRO UNIMETRO

SANTANDER MARQUEZ
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Lic. S.O. 1301 S.S.M

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:140920155

Versión 3.0.

Perfect Body

Santa Marta D.T.C.H., 22 de diciembre de 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Perfect Body Medical Center Ltda., identificado con NIT 900.223.667-4, certifica que DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ identificado (a) con cédula de ciudadanía 1.082.853.339 de Santa Marta, laboró con esta entidad en el cargo de Jefe de Enfermería, con modalidad de contrato a término fijo inferior a un año, desde el 12 de marzo de 2022 hasta el 10 de diciembre de 2022.

La presente certificación se expide a petición del solicitante a los 22 días del mes de diciembre del año 2022.

Cordialmente,

Perfect Body
NIT. 900.223.667 - 4

ADRIANA LIZCANO ALVAREZ
RECURSOS HUMANOS
Tel: 4237101 Ext: 6005

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR (e) DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA REGIONAL MAGDALENA

HACE CONSTAR

Que el (la) señor(a) ***DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ, identificado*** *(a) con cédula de ciudadanía No.* ***1082853339*** *de Santa Marta, celebró con* ***EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA****, el (los) siguiente(s) contrato(s) de prestación de servicios personales regulados por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública), modificada por la Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y sus demás Decretos o normas reglamentarias, como se describe a continuación:*

Número y Fecha del Contrato: *CO1.PCCNTR.1363062 del siete (26) de febrero de dos mil veinte (2020).*

Objeto: *"Prestar los servicios personales para apoyar la ejecución del Plan Nacional Integral de Bienestar al Aprendiz, desarrollando actividades de promoción de la salud y el cuidado, y prevención de la enfermedad, en el Centro Acuícola y Agroindustrial de Gaira del SENA Regional Magdalena"*

Plazo: *"Diez (10) meses."*

Inicio de Ejecución: *"Veintiséis (26) de febrero de dos mil veinte (2020)."*

Valor del Contrato: *"DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETESIENTOS TRENTA PESOS M/CTE($19.887.730)."*

Forma de Pago: *"a) Diez (10) pagos iguales por los meses de febrero a diciembre de 2020 por valor de UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.988.730) cada uno.*

Fecha de Terminación del Contrato: *""Veintiséis (26) de diciembre de dos mil veinte (2020)."*

Término de Ejecución: *"Diez (10) meses."*

Obligaciones Específicas del Contrato: *"**1.** Impulsar el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, encaminadas a la promoción de la salud mental, la convivencia social, la prevención del consumo de SPA y de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles en todos los aprendices del Centro de formación. **2.** Organizar la Semana de Prevención de Consumo Sustancias Psicoactivas y Alcoholismo en donde participen todas las sedes y sub-sedes del Centro de Formación siguiendo los lineamientos establecidos por la Dirección General. **3.** Realizar campañas, capacitaciones y/o talleres mensuales enfocados a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con los aprendices de las diferentes jornadas y modalidades ofrecidas por el centro. **4.** Organizar la Semana Andina con el fin de promover de manera masiva los derechos sexuales y reproductivos, la planificación familiar y prevenir infecciones de transmisión sexual, siguiendo los lineamientos establecidos por la Dirección General. **5.** Elaborar un plan de actividades mensual ajustado a las obligaciones contractuales y al Plan de Acción de Bienestar al Aprendiz 2020, teniendo en cuenta a su vez las necesidades de los aprendices, las modalidades y las jornadas de atención ofrecidas por el Centro.*

6. Concertar la programación de las actividades con el responsable de la oficina de Bienestar al Aprendiz con el propósito de garantizar la satisfacción de las necesidades de los aprendices en todas las jornadas y modalidades ofrecidas por el Centro. 7. Divulgar la programación de las actividades con todos los programas de formación en las diferentes modalidades, jornadas, sedes y subsedes adscritas al Centro de Formación y garantizar su cumplimiento. 8. Cumplir con la entrega de evidencias, informes o demás documentos que se desprendan de la ejecución de actividades establecidas en el contrato. 9. Realizar las actividades en las fechas, horarios y ambientes de formación (incluyendo los que tiene el Centro de Formación en calidad de arrendamiento), establecidas en el plan de trabajo. En caso de ser necesaria la reprogramación de las mismas, informar de manera oportuna al responsable de la oficina de Bienestar al Aprendiz. 10. Responder por el inventario lo que quede a su cargo. 11. Apoyar la realización de contenidos virtuales relacionados con el componente que lidera. 12. Participar en la planeación, organización, ejecución y seguimiento en las actividades contempladas en el Plan de Bienestar al Aprendiz. 13. Desarrollar actividades articuladas en el desarrollo de los componentes de Bienestar de Aprendices con los instructores encargados de las competencias transversales en los diferentes programas de formación. 14. Brindar apoyo a los procesos de inducción, y/o actividades requeridas dentro de las acciones de formación impartidas por el Centro. 15. Efectuar los pagos al Sistema General de Seguridad Social, lo cual será un requisito para el pago de los honorarios, así como para la legalización del contrato acreditar su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en, Salud, Pensión y ARL. 16. Las demás que le sean asignadas dentro del objeto del contrato."

Se expide a solicitud del interesado(a), de acuerdo con la información registrada en el sistema CON BASE del SENA, a los 21 días del mes de enero de 2021.

Firmado digitalmente por Bichara José Zableh Hasbun
Fecha: 2021.01.21 12:51:07 -05'00'

BICHARA JOSÉ ZABLEH HASBUN
Subdirector (e) Centro Acuícola y Agroindustrial De Gaira.

CENFOLAB
CENTRO DE FORMACIÓN LABORAL DE COLOMBIA
NIT. 901.465.624-1
EDUCACIÓN NO FORMAL DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DEL 2015 ART. 2.6.6.8 EDUCACION INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Santa Marta, 16 de septiembre de 2022

CERTIFICA

Que la señora **DINEYIS CHÁVES MARTÍNEZ** identificada con cédula de ciudadanía nro. **1'082.853.339** de Santa Marta, laboró en la institución en el cargo de **DOCENTE** del programa de **ENFERMERÍA** desde el 6 de agosto de 2018 hasta el 4 de diciembre de 2020, tiempo en el cual demostró gran afinidad con los estudiantes, caracterizándose por su responsabilidad y entrega. Cumplió cada función como docente a cabalidad.

Se firma constancia a los días 16 del mes de septiembre de 2022 a quien interese.

JORGE MARIO LANAO IBARRA
C.C: 7'632.438 de Santa Marta
DIRECTOR

DIRECCIÓN: CALLE 18 # 4-63
TELÉFONO: 3022178038 / 3242853863

EQUIMEDIS

Innovación, calidad y servicio.

LA SUSCRITA GERENTE ADMINISTRATIVA

CERTIFICA QUE:

Que **DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ** identificada con cédula de ciudadanía No 1.082.853.339 expedida en Santa Marta (Magdalena) fue patrocinada por esta empresa realizando su etapa de practica en el área de Asesora Comercial con énfasis en Visita Médica , realizando sus funciones como practicante de Visita Médica .

Su etapa de practica fue desarrollada durante el periodo comprendido entre el 17 de Marzo de 2015 hasta el 01 de Junio de 2015.

Para constancia se firma la presente a solicitud del interesado el día 02 de Junio de 2015.

Cordialmente,

SANDRA RODAS G
Gerente Administrativa

cc.Archivo

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 1082853339 **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.

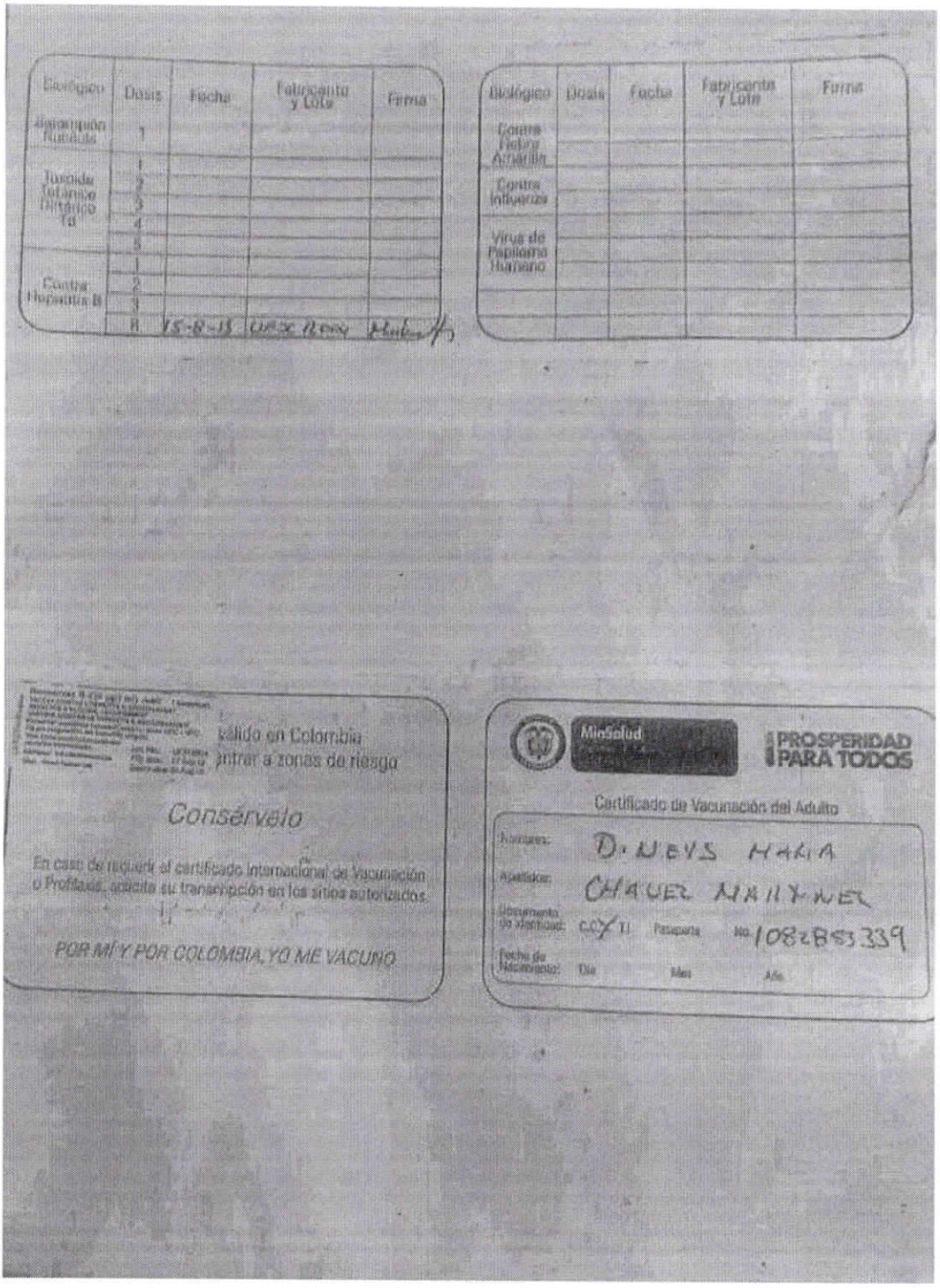
Se expide en Bogotá el 04/01/2024 12:58 PM

Código Verificación: **6P3TVK9L8B**

Válida hasta: **03/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R	15-8-15	[illegible]	[illegible]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

válido en Colombia
ntrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de riesgo, el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

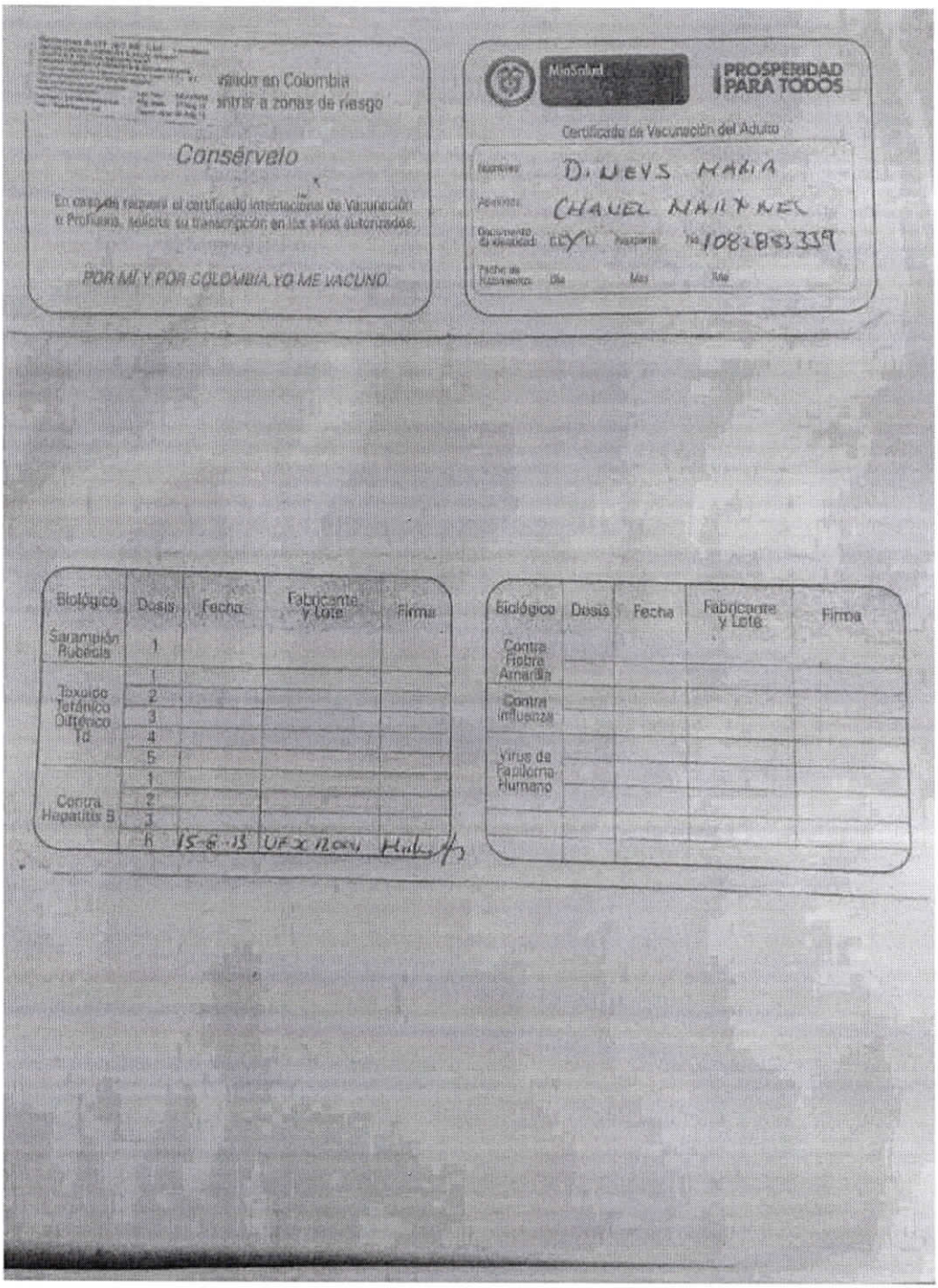
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: D. NEVS MARIA

Apellidos: CHAUER MAINNER

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1082853339

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año



validar en Colombia
ingresar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en las sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: D. UEVS MARIA

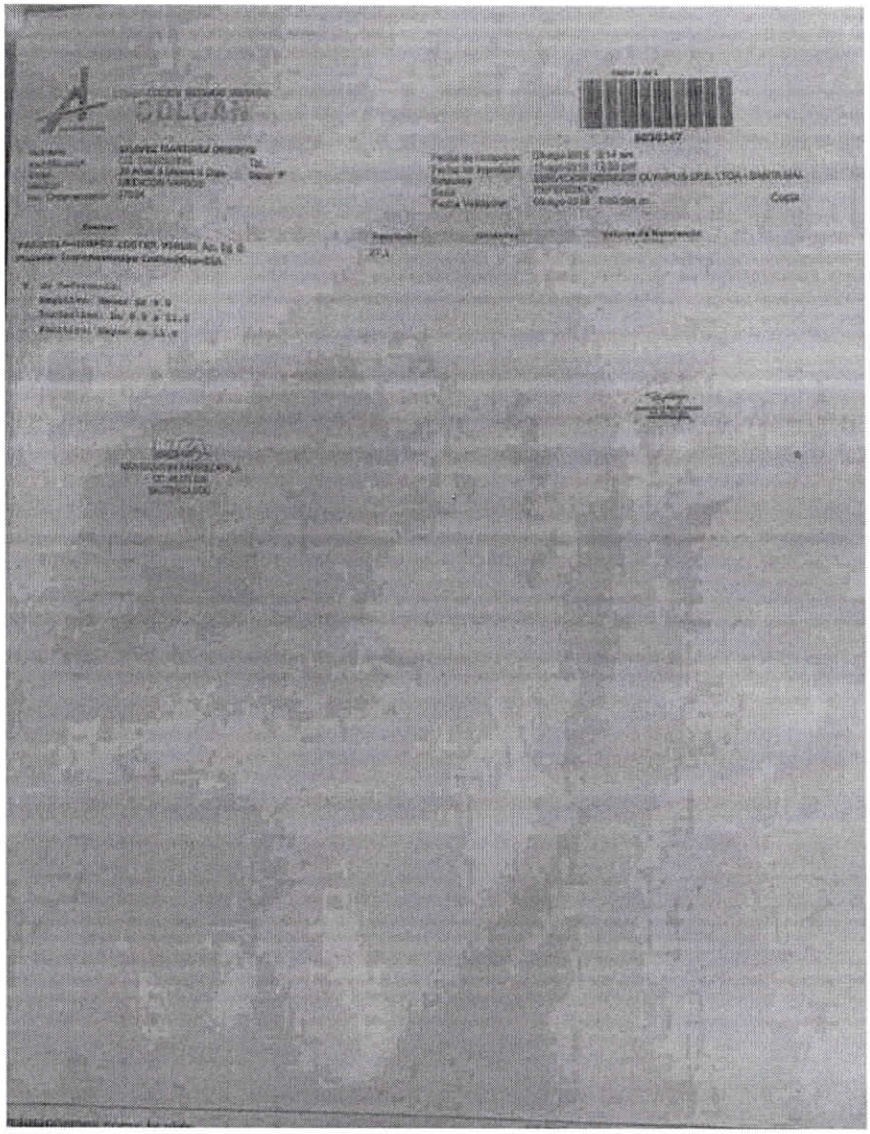
Apellidos: CHAVEZ MALTANEZ

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No 1082883339

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	4	15-6-13	UF x Nom	Huber

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra 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	2024-01-05 16:34

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DINEYIS	MARIA	CHAVES	MARTINEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082853339

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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
Salarios y demás ingresos laborales	$57.300.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$57.300.000,00

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:

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1082853339
NOMBRES	DINEYIS MARIA
APELLIDOS	CHAVES MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
MUNICIPIO	SANTA MARTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	30/01/2019	08/02/2023	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/04/2024 13:11:39	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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:

DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.853.339**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 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.

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CHAVES MARTINEZ DINEYIS MARIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082853339** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Retirado**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**30/01/2019**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 10 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.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

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

DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.853.339**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 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.

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
Dinerys Chaves Martinez		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																Sexo M	Sexo F

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.		C.E		T.I		R.C		PP	1082853339	Santa marta	3-febrero-2005

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	4		X			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
DD	MM	AA		Cll 7 Kr 4A		
21	05	86	Santa marta	Correo Electrónico Dinecha370@gmail.com	No. Celular 3246428341	Telefono

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 demás productos provienen de actividades lícitas 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 barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Diplomado de:

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 6 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE TRES AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Diplomado de:

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

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 8 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE TRES AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Diplomado de:

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

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE TRES AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Curso de:

INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO (ISD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Curso de:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DINEYIS CHAVES MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.853.339

Asistió al Curso de:

TOMA DE CITOLOGÍAS CERVICOUTERINAS (TCU)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**