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

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CÓDIGO: GIC-I-F
VERSIÓN: 05
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 11/08/2023
PÁGINA: 1 de 5

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

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)		X
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.**		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**)	✓	
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*.	✓	
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**).		X
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/	✓	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.571.662
NUÑEZ HERNANDEZ
APELLIDOS
ANDRES JOSE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00068863-M-0079571662-20080911 0003239745A 1 4470009049

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **79571662**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	79571662	NÃšÃ‘EZ	HENÃ□NDEZ	ANDRÃ‰S	JOSÃ‰	2022-07-18, 10:18 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Andres Jose Muñoz Hernandez identificado con C.C./C.E./P.P No. 7457162 expedida en Bogota, 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 10 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Andres Muñoz
Cédula 7457162

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:24:05
ANDRES JOSE NUÑEZ...

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	Medico
Título	Dr(a)
Nombre	Andrés José
Apellidos	Núñez Hernández
Fecha de Nacimiento	8/04/1973 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Andrés José Núñez Hernández
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	79571662
Dirección	Mz a casa 16 Santa Lucia
Código postal	470003
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ajnh1@hotmail.com
Teléfono	6054379127
Celular	3106422353
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Santa Marta, marzo 27 de 2024

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE SANTAMARTA.
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche de Santa Marta.
Ciudad.

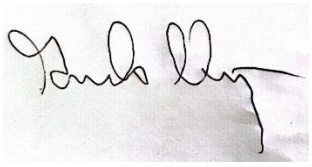
De la manera más atenta remito a usted mi hoja de vida que contiene los datos personales, experiencia profesional y demás documentos los cuales coloco a su consideración, ya que para el suscrito sería un honor prestar servicios profesionales en la empresa que usted tan dignamente dirige.

Por la formación recibida y la experiencia que me avala reúno, las aptitudes necesarias para desempeñar un puesto de médico general de hospitalización.

Al margen de mi formación médica también pongo a disposición de la empresa un alto nivel de compromiso, la vocación que me motiva, el trato humano y cordial conlos pacientes.

De mi parte, me encuentro disponible para responder sus consultas y manteneruna entrevista personal, si así usted lo requiere.

Con toda consideración se suscribe de usted.
Atentamente-
ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ
C.C 79.571.662 de Bogotá
Dirección: Mz A Casa 16 Urb. Santa Lucía
Teléfono: 3106422353
Correo de Contacto: ajnh1@hotmail.com
Tarjeta profesional 3112/97 de Ministerio de Salud Registro medico 3112/97



DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14705531008

(415)7707212489984(8020) 000001470553100 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 7 1 6 6 2	2	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	7 9 5 7 1 6 6 2	1 9 9 1 0 8 2 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NUÑEZ	HERNANDEZ	ANDRES	JOSE

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 23 A 19 B 58 BRR LOS NARANJOS

42. Correo electrónico: andresjosenunezhernandez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 2 0 7 7 9 6	3 1 0 6 4 2 2 3 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 2 1	2 0 0 8 1 2 1 5					2 2 2 1	

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados 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: 2 61. Fecha 2020 - 08 - 24 / 11 : 16: 28

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ CARRILLO YAN JAIDER
985. Cargo Facilitador IV

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
NUÑEZ	HERNANDEZ	ANDRES JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79571662 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 79571662 — D.M. 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 07 MES 04 AÑO 1973

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- MANZANA A CASA 16 URBANIZACION SANTA LUCIA

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 4379127 — EMAIL: ajnh1@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 8o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	10	X		MEDICINA	06	1996	312

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
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 ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 07/12/23

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO LATINO FRANCES

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 9117 DEL 26 DE OCTUBRE 1.976

CONFIERE A

Andrés José Nuñez Hernández

IDENTIFICADO(A) CON T. I. No. 730407 – 00487 DE Bogotá

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

Marie Claire

SECRETARIO

Notaría Quince del Círculo de Bogotá
Como Notario Quince hago constar que esta copia coincide con Documento Original presentado para autenticación.
29 NOV 95
Gustavo Combatt Lacharme
NOTARIO PRINCIPAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Universidad Libre de Colombia

Seccional del Atlántico

En atención a que

Andres Jose Nuñez Hernandez

c.c. No. 79.571.662 de Santa Fé de Bogotá

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de Medicina

Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

El Título de:

Médico y Cirujano

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad, el Secretario General, el Decano de la Facultad, el Secretario Académico y el Jefe de Educación Médica

a los 17 días del mes de Agosto de 19 96

El Rector

El Secretario General

El Decano

El Jefe de Educación Médica

UNIVERSIDAD LIBRE

SECCIONAL DEL ATLANTICO

FACULTAD DE MEDICINA

BARRANQUILLA
CARRERA 46 No. 48-170
APARTADO AEREO 1752
CABLES: "UNILIBRE"
CONM. 417581 - 417439
FAX: 415110

CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD LIBRE

CERTIFICA

Que NUÑEZ HERNANDEZ ANDRES JOSE identificado con la cédula de ciudadanía No.79.571.662 expedida en Santa Fé de Bogotá D.C. y registro de matrícula No.90-1024899 cursó y aprbó los semestres de Primero a noveno de la carrera de Medicina, en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1994 habiendo obtenido el siguiente promedio de notas:

Tres tres siete (3.37)

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado, en Barranquilla, a los diecisiete (17) días del mes abril de 1995

CARLOS QUINTERO VIDAL M.D.
DECANO

TULIO DIAZ PERTUZ M.D.
SECRETARIO

/rh

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
SECCIONAL DEL ATLANTICO
FACULTAD DE MEDICINA

FOLIO Nº 100
ACTA Nº 2.619

Aprobada según Resolución Nº 2519 de DICIEMBRE 16 de 19 83
emanada del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

Acta de Grado

Promoción Nº XXX de 19 96

Graduación, 15 de Agosto de 19 96
Ceremonia Solemne.
En la ciudad de Barranquilla a los 15 días del mes de AGOSTO de 19 96 se instaló en el Aula Máxima de la Universidad Libre el honorable Consejo Académico de la Facultad y considerando que el alumno:

NUÑEZ HERNANDEZ ANDRES JOSE C.C. Nº 79.571.662 de SANTA FE DE

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes, habiendo obtenido un promedio de calificaciones de:

TRES.SIETE,SEIS (3.76)

A continuación el señor Decano en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el Juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,

Decano (Fdo) DR: MARCOS MENDOZA, MD
Secretario Académico (Fdo) DR: TULIO DIAZ PERTUZ, MD
Es fiel copia de su original GRADUANDO: NUÑEZ HERNANDEZ ANDRES JOSE.

El Notario Primero de Santa Marta DA FE que ésta fotocopia coincide con un documento idéntico que tuvo a la vista
AGO. 16 1996

DECANO

SECRETARIO

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C7957166200174291

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANDRÉS JOSÉ NÚÑEZ HERNÁNDEZ**, identificado(a) con C.C. No. 79571662 y T.P. o R.M. No. 3112/1997 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 23 marzo 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futura Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

REPUBLICA DE COLOMBIA



DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO _____ DE 19 __

3113

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1.994 y,

CONSIDERANDO

Que, ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No.79.571.662 expedida en Santafè de Bogotà, ha solicitado el Registro de su TITULO MEDICO Y CIRUJANO, que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA SECCIONAL ATLANTICO el 17 de agosto de 1996.

Que dicho Título se encuentra debidamente Registrado en la Universidad LIBRE DE COLOMBIA SECCIONAL ATLANTICO anotado en el Folio No.100 del Libro de Diploma No.27 del 27 de agosto de 1997.

Que cumplió con EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en el EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE SALUD DISTRITAL, en la plaza correspondiente al Centro de Salud de Bastidas, durante el tiempo comprendido entre el 2 de Septiembre de 1996 al lo. de septiembre de 1997.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Autorizar a ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO, en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 14 NOV 1997

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA
Control de Medicamentos
Alimentos y Toxicologia
J E F E

REINALDO PATERNOSTRO OROZCO

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Registro N°
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Nombres y Apellidos
ANDRES J. NUNEZ R.
C.C.
795.1662 de BOGOTA
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO BARRANQUILLA
30/01/


FIRMA MINISTRO SALUD
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE
DE 1992
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD.

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 *: 79571662

Primer Nombre: Andres

Primer Apellido: nunez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3626

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-06-03--3:45:43 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	79571662	ANDRES	JOSE	NUNEZ	HERNANDEZ	Vigente	Ver

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) ANDRES JOSE NUNEZ HERNANDEZ identificado(a) con CC 79571662 registra La siguiente información:

2023-06-03--3:45:43 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1997-01-14	3112	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101054208	2

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ			CC	79.571.662
DIRECCION	MZA A CASA 22 URB SANTA LUCIA	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	4356227
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)
28 / 12 / 2022	30 / 12 / 2022	30 / 12 / 2023	30 / 12 / 2022	30 / 12 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 400,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********242,372.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********46,050.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********288,422.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 25.07.2022.1329.P.66.00000000E.RC.001A. D00, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1102110253933 1(3900)000000288422(96)20231230

REFERENCIA PAGO: 1102110253933-1

62-03-101054208

FIRMA AUTORIZADA
JULIANA MITOLA

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Teléfono: 601-2186977, 601-6019339

Powered by CamScanner

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Andrés José Núñez Hernández

CC 79571662 de Santa Marta

ó 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.

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

Fecha de emisión: 2023-04-14
Fecha de vencimiento: 2025-04-14

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CS Escaneado con CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ
C.C. 79.571.662

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"

"REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 07 DE OCTUBRE DE 2022.
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

DR. STEVENSON CARDONA S
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PERSU
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE

FECHA DE RENOVACION SVB – OCTUBRE 2024

OBCULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA NACIONAL 310 7451759
GESTIÓN NACIONAL 311 2842525

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ
C.C. 79.571.662

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 07 DE OCTUBRE DE 2022.
DURACIÓN 48 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021**

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION OCTUBRE 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA NACIONAL 310 7451759
GESTIÓN NACIONAL 311 2842525

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Andres Jose Nuñez Hernandez

CC: 79571662

En el Diplomado de: **Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos.**

Para: **Medico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **DIPLOMADO Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos.** con una intensidad de 120 horas. **Quirón** - Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Bajo El Ministerio De Educacion Nacional Decreto 1075 De 26 De Mayo Del 2015 Articulo 2.6.6.8 De Educación,** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

18 del mes de **Mayo** del **2021**

Coordinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Representante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Escaneado con CamScanner

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Andrés José Núñez Hernández

CC 79571662 de Santa Marta

lizó 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: 2023-04-12
Fecha de vencimiento: 2025-04-12

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Fundonar Colombia

Universidad de La Sabana

Certifican que:

Andrés José Núñez Hernández

CC. 79571662

Asistió y aprobó el curso **Gestión de la Donación con Fines de Trasplante**, con una duración total de 60 horas, ofertado por el Centro de Tecnologías para la Academia - CTA.

XIMENA ESCOBAR CHAVES
Directora Ejecutiva - Fundonar Colombia

YASBLEY SEGOVIA CIFUENTES
Directora - Centro de Tecnologías para la Academia

Abril 2021

20212

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800030723

CALLE 72 N 48 -58 3857660

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:372147

TIPO CERTIFICACION

1. INGRESO [X]	2. PERIODICO [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 16/12/2020

EMPRESA: PARTICULARES SO



NOMBRE: ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANEDZ

DOC. IDENTIDAD: CC 79571662

CARGO: MEDICO

EDAD: 47 AÑOS

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO

APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	SI	NO
	[X]	[ ]

CONCEPTOS ORIGINALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

RECOMENDACIONES SI [ ] NO [X]

ARL SI [ ] NO [X]

EPS SI [ ] NO [X]

ALIMENTACION BALANCEDA BAJA EN HARINAS AZUCARES,EJERCICIO DIARIO,HIDRATACION FRECUENTE,PAUSAS ATIVAS.

USO ADECUADO DE ELEMENTOS PERSONAL ACORDE AL RIESGO,SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO,EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO LA PANDEMIA ACTUAL SARS-COV-2 Y SU ENTIDAD COVID-19.



BIVIANA DE LA CRUZ BARROS
CC 1047381675
MEDICO OCUPACIONAL
TP: 4711009
RS. TP: 0729



CAPTURA BIOMETRICA

ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANEDZ
CC 79571662
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD

YULEISY KARINA GREGORY ZUÑIGA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 268-23 3187117423
Email: saludocupacional@campusiso.com
Fecha de Impresion: 16/12/2020 - 10:06

SOFTWARE IPSOFT SIS v 2.0 - Tel: (2) 4850430

Unidad Materno Infantil
Santa Ana

Nit: 900272772-9

EL SUSCRITO GERENTE

CERTIFICA:

Que el Señor: **ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ,** identificado con **CC: 79.571.662** Exp. En Bogotá D.C., Estuvo vinculado a la empresa, mediante contrato a término fijo, desde el 01 de Enero del año 2016, hasta el 30 de Junio de 2017, en el cargo de **MÉDICO GENERAL EN EL AREA DE HOSPITALIZACION.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Santa Marta D.T.C.H., el quince (15) del mes de Julio de Dos Mil Diecisiete (2017).

Atentamente,

Unidad Materno Infantil
Santa Ana
NIT. 900272772-9
JUAN ACOSTA CUCUNUBA
Gerente

"LA SUSCRITA COORDINADORA DE RELACIONES LABORALES DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

El Doctor **ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 79571662 expedida en Bogotá, laboró en Nuestra Institución desde el día 22 de Marzo de 2017 hasta el 28 de Febrero de 2018, desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL** del servicio de Urgencias.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del trabajador a los 13 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
NIT. 890.212.568-0

JHENIFER ROJAS VILORIA
Coordinadora de Relaciones Laborales
FCV- Instituto del Corazón Santa Marta

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

El señor **ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ** identificado con C.C 79.571.662 de Bogotá laboró en la clínica, desde el 01 de Mayo de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019, con un contrato a término indefinido, desempeñándose como **MEDICO GENERAL.**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (16) dieciséis días del mes de julio de 2020.

Cordialmente,

DIANA PATIN AVILA
Coordinadora de Talento Humano

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 79571662 **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 23/03/2024 06:30 PM

Código Verificación: **3FGXRH2ETV**

Válida hasta: **21/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Sistema Nacional de Salud
Subsistema de Información

IS-153 (R94)

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO C S Bastidas

NOMBRE DEL VACUNADO Julius Muñoz

FECHA DE NACIMIENTO : DIA 18 MES Abril AÑO 73

TIPO DE BIOLOGICO	FECHA CITA	1ª O Unica DOSIS FECHA VACUNA	2ª DOSIS FECHA CITA	2ª DOSIS FECHA VACUNA	3ª DOSIS FECHA CITA	3ª DOSIS FECHA VACUNA	1er REFUERZO FECHA CITA	1er REFUERZO FECHA VACUNA	2º REFUERZO FECHA CITA	2º REFUERZO FECHA VACUNA	DOSIS ADICIONAL FECHA
ANTIPOLIO											
D.P.T											
HEPATITIS B		Binario 47	8-7-69	08-28-00	28-09-08						
T. T.		Oct 96	Nov 96	16/1/97			16/1/08	6/1/09			
TRIPLEVIRAL											
ANTISARAMP	Febrero 26		24/08/06								
B.C.G	Vacuna		Agto 25/06								
FIEBRE AMARILLA	22/11/96	Lic	INS 626								

FIRMA

NOMBRE DEL VACUNADOR

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2022-12-22 16:23

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDRES	JOSE	NUÑEZ	HERNANDEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79571662

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	HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	
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	$66.760.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$66.760.000,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSANA	MARGARITA	CASTILLO	CAMPO

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39045912

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:

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79571662
NOMBRES Y APELLIDOS	Nuñez Hernandez,Andres Jose
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Nuñez Hernandez,Andres Jose, a los 23 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79571662,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANDRES JOSE NUÑEZ HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **79571662**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013450993.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Andrés José Núñez Hernández

Sexo: M x | F

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. x / C.E / T.I / R.C / PP	79571662	Bogotá	27/08/1991

Estado Civil (Seleccione)

Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo
	x			

Nivel educativo

Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo
			x	3

Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familiar	Zona Ubicación: Rural	Urbano
	x			x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
07/	4	1273	Bogotá	Manzana A Casa 16 Urbanización Santa Lucía	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ajnh1@hotmail.com	3106422353	6054379127

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado
	x			

Detalle Actividad Económica	Actividad Principal CIIU	Descripción del CIIU
medico	2 2 2 9	

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 x / Privada / Mixta / Otra, cual?	medico

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
carrer 14 23-42	santa marta	losa alcazares	605436007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 7500000	Total Egresos mensuales 700000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos 30000000	Total Pasivos 1800000
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes / Año	Es declarante? SI x / 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:

trabajo

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:

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. _______________ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen

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, consulter, 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 estadisticos, 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 leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):