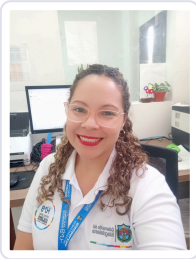


¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en		Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C. ▾	36723987	SANTA MARTA		1999/10/15	31/03/2025, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
MORRON	MARQUEZ	YANNY	LORENA	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	A+ ▾	Colombiano ▾		
Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		
1980/05/28	MAGDALENA ▾		877 ▾		
Dirección de Residencia	Departamento de Residencia		Municipio de Residencia		
TRANVERSAL 9C 34-123	MAGDALENA ▾		877 ▾		
Teléfono	Celular		Correo Electrónico		
3246432494	3246432494		yannylorenamarquez@gmail.com		

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	SAN PEDRO ALEJANDRINO

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO ASTRIAL

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Universitaria ▾	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS	UNAD	2007

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. ARMADO DE CUENTAS MEDICAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

2. RADICACIÓN DE CUENTAS ANTE LOS ENTES RESPONSABLES DE PAGO.

3. REVISIÓN DE CUENTAS PENDIENTES POR RADICAR.

4. CARGUE, DIGITACIÓN Y LIQUIDACIÓN DIARIA DE INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN LA ESE EN EL SISTEMA DE

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.

AUX FACTURACION

2022/05/01

2022/12/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

SANNY MORRON

3007393921

Hermano (a)

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

STELA JIMENEZ

3016333112

Tía

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

YANNYLORENA

YANNYLORENA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Sanitas

Porvenir

Positiva

- ☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.
- ☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.