Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

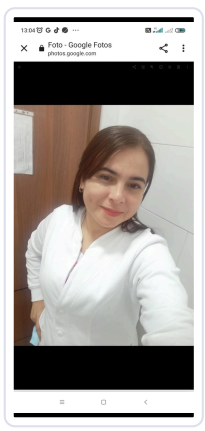
¡Información Importante!

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.	36727720	SANTA MARTA	2000/06/06	14/05/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ANAYA	SALINAS	YERLYS	ESTHER	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	B+	Colombiano	NINGUNO

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1982/06/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 30 #50-09 TORRE	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3012183159	3012183159	yerlys.anaya@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO LAS AMERICAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	LICEO BOLIVARIANO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2010

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

NO | NO | NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

"PLANEAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LOS PLANES Y ROGRAMAS ESTABLECIDOS.
"
REALIZAR RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIARIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE, VENOPUNCIONES, EQUIPOS INVASIVOS, SEGREGACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS ORDEN Y ASEO DE LOS SERVICIOS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CLINICA LA MUJER	ENFERMERA	2019/05/01	2022/01/01

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
CATHERINE SÁNCHEZ SALINAS	3004575370	Prima

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
KAREN GUTIERREZ PIMIENTA	3136753055	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
YERLYS ANAYA	YERLYS ANAYA	YERLYS ANAYA	YERLYS ANAYA

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	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.