

5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                       |  |                                          |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CASTRO                                                                                                                             |  | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )<br>MORA |                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRES<br>YIETH                                                                       |                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>1.085.097.233</b>    |  |                                          | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                                                   | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIANA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                    |  |                                          |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>21</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1991</u><br>PAÍS <u>COLOMBIA</u><br>DEPTO <u>MAGDALENA</u><br>MUNICIPIO _____ |  |                                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>CRA 20 B # 10-19 BARRIO PUEBLO</u><br>PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u><br>MUNICIPIO <u>EL BANCO</u><br>TELÉFONO <u>304-5297643</u> EMAIL <u>yisethkastro@gmail.com</u> |                                                                                        |                    |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA |     |     |     |     |            |     |     |     |    | TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO |                 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|----|--------------------------------------|-----------------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |    | FECHA DE GRADO                       |                 |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X                                    |                 |
|                  |     |     |     |     |            |     |     |     |    | MES <u>12</u>                        | AÑO <u>2009</u> |

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD<br>ACADÉMICA | No.SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |     |   |   |   | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|---------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|-----|---|---|---|-------------------------------|
|                        |                           | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO |   |   |   |                               |
| T.C.                   | 4                         | X        |    | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA   | 12          | 2   | 0 | 1 | 1 | 470671                        |
|                        |                           |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                               |
|                        |                           |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                               |
|                        |                           |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                               |
|                        |                           |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                               |

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. |                                                                                                |         |                                                                                               |                         |
| <b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>                                                                               |                                                                                                |         |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     |                                                                                                | PÚBLICA | PRIVADA                                                                                       | PAÍS                    |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               | DEPENDENCIA                                                                                    |         | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                                                                     |                                                                                                |         |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>PREVENCION Y SALUD</b>                                                                        |                                                                                                | PÚBLICA | PRIVADA<br><b>X</b>                                                                           | PAÍS<br><b>COLOMBIA</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>MAGDALENA</b>                                                                                      | MUNICIPIO<br><b>EL BANCO</b>                                                                   |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS<br><b>4295880-4292805</b>                                                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                                                                                    |         | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                                                                     |                                                                                                |         |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>CLINICA LA ESPERANZA IPS LTDA</b>                                                             |                                                                                                | PÚBLICA | PRIVADA<br><b>X</b>                                                                           | PAÍS<br><b>COLOMBIA</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>MAGDALENA</b>                                                                                      | MUNICIPIO<br><b>EL BANCO</b>                                                                   |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br><b>esperanzaelbancoadmon@gmail.com</b>                          |                         |
| TELÉFONOS<br><b>4292258-314-5059729</b>                                                                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    |         | DIRECCIÓN<br><b>CALLE 4 # 8-32</b>                                                            |                         |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                                                                     |                                                                                                |         |                                                                                               |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>PREVENCION Y SALUD</b>                                                                        |                                                                                                | PÚBLICA | PRIVADA<br><b>X</b>                                                                           | PAÍS<br><b>COLOMBIA</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>MAGDALENA</b>                                                                                      | MUNICIPIO<br><b>EL BANCO</b>                                                                   |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |                         |
| TELÉFONOS<br><b>4295880-4292805</b>                                                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    |         | DIRECCIÓN                                                                                     |                         |

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

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

| OCUPACIÓN         | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-------------------|-----------------------|-------|
|                   | AÑOS                  | MESES |
| SECTOR PRIVADO    | 8                     | 9     |
|                   |                       |       |
|                   |                       |       |
| TOTAL EXPERIENCIA | 8                     | 9     |

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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).

*Yiselh Tatiana Estrada Mora*  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.097.233**

**CASTRO MORA**

APELLIDOS

**YISETH TATIANA**

NOMBRES

*Yiseth Castro M.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1991**

**EL BANCO**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**  
ESTATURA

**AB+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**29-ABR-2009 EL BANCO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2102500-00162137-F-1085097233-20090710

0013328316A 1

32474538

República de Colombia



y en su nombre

La Institución Educativa Departamental

**Lorencita Villegas de Santos**

De El Banco, Magdalena

Aprobado por Decreto N° 0001 del 13 de Mayo de 2003

Emanado de la Secretaría de Educación Departamental

Confiere a:

**Piseth Tatiana Castro Mora**

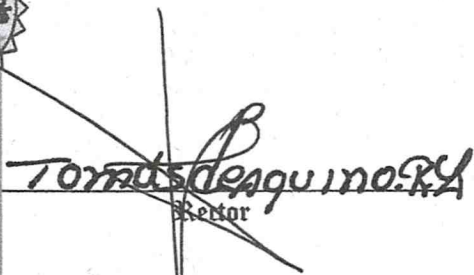
C. C. N° 1.085.097.233 de El Banco, Magdalena

El título de

**Bachiller Académico**

Por haber alcanzado los logros propuestos para los ciclos de educación básica secundaria de Acuerdo a la metodología del programa para Adultos definido en el Proyecto Educativo Institucional PEI.



  
Tomás Lequino R.A.  
Rector

  
Aurora Piniotti  
Secretaria

Anotado en El Libro 03-1.284 A folio 276 Acta de Grado N° 109 Año 2.009.

Dado en El Banco, Magdalena a los 07 días del mes de Diciembre de 2009.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL  
LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS

## Acta de Grado

En la ciudad de El Banco, Magdalena a los 07 días del mes de Diciembre, del año de 2.009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS modalidad BACHILLER ACADEMICO

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA, en el nivel Educación Media Vocacional y autorizada por Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad BACHILLER ACADEMICO según Resolución (es) Numero (s) 0001 de Mayo 13 de 2.003 Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media Vocacional de acuerdo a la metodología del Programa para adultos definidos en el Proyecto Educativo Institucional PEI, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Nº

NOMBRE

05

CASTRO MORA YISETH TATIANA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. # 1.085.097.233 de El Banco, Magdalena.

Es fiel copia tomada del acta original N° 109 de fecha 07 de Diciembre de 2.009.

Que consta de 26 alumnos graduados, comienza por el nombre de AMARIS PEREZ ELICETH y se cierra con el nombre de PEÑALOZA BELEÑO GINA PAOLA Firmado y sellado por TOMAS DE AQUINO RENTERIA LEMOS (Rector) Y AURA MARIA PISCIOTTI QUINTERO (Secretaria).

Dada en El Banco, Magdalena a los 07 días del mes de Diciembre de 2.009.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7° del decreto 180 de 1981.

Firmado y sellado

  
Rector

Tomas de Aquino Renteria Lemos  
C. C. N° 11.793.054 de Quibdó Chocó



Secretaria  
Aura María Piscioti Quintero  
C. C. N° 26.743.702 de El Banco



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

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

# CETECOS



Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 1121 de Agosto 26 de 2010 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo No. 0427 de Agosto 4 de 2010 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

TÉCNICO LABORAL EN:

## Auxiliar en Enfermería

A:

### YISETH TATIANA CASTRO MORA

Documento de Identidad: 1.085.097.233 de: El Banco (Magd.)

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

Dado en Santa Marta a los 21 días del mes de Diciembre de 2011.

  
DIRECTOR

  
SECRETARÍA GENERAL

# Certifica

## La participación de:

### YISETH TATIANA CASTRO MORA

Identificado con cedula de ciudadanía N° 1.085.097.233

HA SUPERADO LOS REQUERIMIENTOS TEÓRICOS - PRÁCTICOS CORRESPONDIENTES AL CURSO - TALLER DE:

## ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Intensidad Horaria: 20 Horas  
Fecha: 26 de ABRIL del 2021

**EDU SALUD**  
Educación + salud

MATRÍCULA NO. 781648 - ESTABLECIMIENTO DEL  
GRUPO EDUCATIVO EMPRENDER S&S S.A.S.  
NIT. 901.453.829-0

Edumsalud Educación más Salud con Matrícula No. 782.648 Establecimiento del Grupo Educativo Emprender S&S S.A.S. Nit. 901453.829-0 en alianza de cooperación educativa con **Potencial Humano del Norte** entidad de formación para el trabajo y el desarrollo humano con licencia de funcionamiento Res. 2058 del 2019 Matrícula No. 549.134 Nit. 900.538.771-5 y **Fundación Enfermeros Militares** Centro de Entrenamiento Internacional en Medicina Táctica Emergencia y Desastres **CIEMTED** Nit. 900.610927-4 **IOEMT** - International Organization of Emergency Medical Technicians . Comité Latinoamericano de Medicina Táctica.

**Kelly Johana González Martínez**  
Directora general  
Grupo Educativo Emprender S&S S.A.S.  
Nit 901.453.829-0

En alianza  
nacional e internacional





## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

**YISETH TATIANA CASTRO MORA**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1085097223

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

**HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)  
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-09-25.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

**REPRESENTANTE LEGAL**  
1113628529

**PROFESIONAL EN SALUD**  
1069736330

**GERENTE GENERAL**  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA

**INNOVA**  
CERTIFICADOS EN SALUD

**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**YISETH TATIANA CASTRO MORA**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1085097223

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO)  
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-09-25.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

**REPRESENTANTE LEGAL**  
1113628529

**PROFESIONAL EN SALUD**  
1069736330

**GERENTE GENERAL**  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

**YISETH TATIANA CASTRO MORA**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1085097223

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-09-25.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



**REPRESENTANTE LEGAL**  
1113628529

**PROFESIONAL EN SALUD**  
1069736330

**GERENTE GENERAL**  
1069712431

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA

**INNOVA**  
CERTIFICADOS EN SALUD

**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**YISETH TATIANA CASTRO MORA**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº : 1085097223

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-09-25.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

**REPRESENTANTE LEGAL**

1113628529

**PROFESIONAL EN SALUD**

1069736330

**GERENTE GENERAL**

1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

**YISETH TATIANA CASTRO MORA**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1085097223

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO  
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-09-25.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

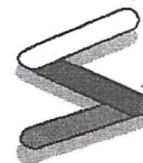
GERENTE GENERAL  
1069712431

**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



GOBERNACION DEL MAGDALENA  
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD  
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 0671

"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **YIETH TATIANA CASTRO MORA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.085.097.233, expedida en El Banco - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS"** de SANTA MARTA - MAGDALENA según Acta de Certificados No. 3322 del día 21 de Diciembre de 2011.

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

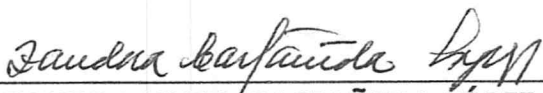
**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **YIETH TATIANA CASTRO MORA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.085.097.233, expedida en El Banco - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha **13 FEB 2013**

*ul*   
**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ**  
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: Piedad De la Hoz Orozco- Profesional Universitario

**RESPECTO POR EL MAGDALENA**

Resultado General -2025-12-12--11:06:37 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC                  | 1085097233          | YIETH         | TATIANA        | CASTRO          | MORA             | Vigente                | <a href="#">Ver</a> |

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) YIETH TATIANA CASTRO MORA identificado(a) con CC 1085097233 registra La siguiente información:

2025-12-12--11:06:37 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación                     | Fecha Inicio ejercer ACO Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora                             |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|
| AUX           | Local                   | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2016-12-29                              | 671                 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

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).

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:05:06 horas del 12/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085097233**,

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LA CANDELARIA**, con NIT **800154347-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:41:23 AM horas del 12/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1085097233**

Apellidos y Nombres: **CASTRO MORA YISETH TATIANA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC



Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/12/2025 10:44:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1085097233** y Nombre: **YISETH TATIANA CASTRO MORA.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **129898667** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



**Dios y  
Patria**

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 12 de diciembre de 2025, a las 10:46:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1085097233             |
| Código de Verificación | 1085097233251212104602 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado