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

# LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GIC-11F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 29/09/2023
PÁGINA 1 DE 5

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Maicely Moreno Gomez Identificado con Cédula No. 1083012892 y Profesión Medico general **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://sjl.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)** | | |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)** | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | | |
| 10 | Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado **(Bachiller, Universitarios y Especializados)** | | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | |
| 13 | Convalidación de Título **(Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 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).** | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 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***). | | |
| 28 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 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/ | | |


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.083.012.892
NAVARRO GOMEZ
APELLIDOS
MARCELY YULIETH
NOMBRES
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1996
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-JUN-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
A-2100100-01068128-F-1083012892-20190318
0064950782A 5
4415316391

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083012892**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1083012892 | NAVARRO | GOMEZ | MARCELY | YULIETH | 2023-08-03, 1:01 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB Julio Méndez BARRENECHE

# CONSENTIMIENTO INFORMADO
# CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

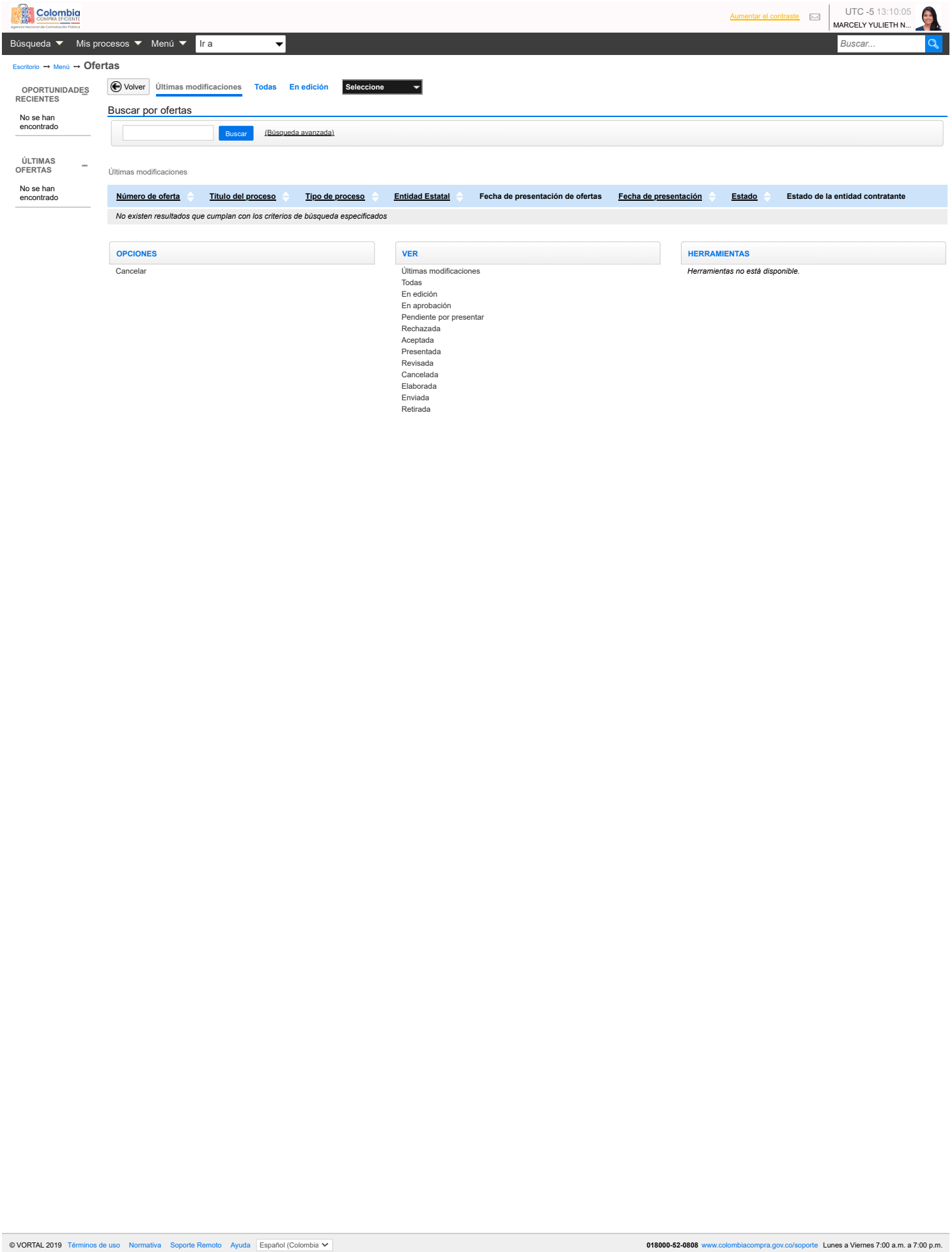
El (la) suscrito(a) Marcely Yulieth Navarro Gomez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.083.012.892 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 04 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Marcely Yulieth Navarro Gómez
Cédula 1.083.012.892

COPIA CONTROLADA


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 13:10:05
MARCELY YULIETH N...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Ofertas
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Volver
Últimas modificaciones
Todas
En edición
Seleccione
Buscar por ofertas
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Número de oferta
Título del proceso
Tipo de proceso
Entidad Estatal
Fecha de presentación de ofertas
Fecha de presentación
Estado
Estado de la entidad contratante
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
OPCIONES
Cancelar
VER
Últimas modificaciones
Todas
En edición
En aprobación
Pendiente por presentar
Rechazada
Aceptada
Presentada
Revisada
Cancelada
Elaborada
Enviada
Retirada
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Santa marta, Magdalena, enero de 2024

Gerencia

Hospital U. Julio Mendez Barreneche

Cordial saludo

Yo, Marcely Yulieth Navarro Gomez, identificada como aparece al pie de mi firma, respetuosamente me dirijo a ustedes, para ofrecer mis servicios profesionales, soy MEDICO GENERAL egresada de la Universidad del Magdalena, con alto grado de responsabilidad y aptitud en mi práctica profesional, enfocada en establecer diagnósticos oportunos orientados a la promoción y mantenimiento de la salud, caracterizada por brindar atención medica integral con vocación y empatía que contribuya a una relación médico paciente humanista y comprometida, visionando a aportar con mi desempeño laboral a su misión institucional.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente,



MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ
CC. 1.083.012.892
Dirección: Manzana 7 Casa 21 Urbanización Andrea Carolina
Email: marz-999@hotmail.com
Cel: 3023237351

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14960135965

(415)7707212489984(8020) 000001496013596 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 0 1 2 8 9 2 | 8 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 3 0 1 2 8 9 2 | 2 0 1 4 0 6 0 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NAVARRO | GOMEZ | MARCELY | YULIETH |

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: MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA

42. Correo electrónico: marz-999@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 2 3 2 3 7 3 5 1 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 9 0 8 1 6 | 8 6 1 0 | 2 0 1 9 0 8 1 6 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

## 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 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

## 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 30 / 22 : 10: 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre NAVARRO GOMEZ MARCELY YULIETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| NAVARRO | GOMEZ | MARCELY YULIETH |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083012892

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 11 MES 05 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

MANZANA 7 CASA 21 APARTAMENTO 2 URBANIZACION ANDREA CAROLINA ETAPA 1

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 0000000 EMAIL: marz-999@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 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2012 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 07 | 2019 | 1083012892 |

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 |
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |
| INGLÉS | | X | | | X | | | X | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 02 | *Año* 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>DISPENSARIO MEDICO - | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 33A 1A 1 via ziruma | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 02 | *Año* 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL - | *DEPENDENCIA*<br>DISPENSARIO MEDICO - | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 33 4A 0 ESTE via ziruma | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FASALUD I.P.S | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* 2021 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL, | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17A 21 176 barrio jardin, santa marta | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BICOR | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 01 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Cr4 Cl 34 Manzanares | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>ARIGUANÍ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3205699724 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 08 | *Año* 2019 | *Día* | 19 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 7N 9 378 ariguani, magdalena | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 2 | 8 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 11 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 3 | 9 |

## 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, 04 de diciembre de 2023



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

# LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

## MARCELY YULIETH NAVARRO GÓMEZ

C.C. N° 1.083.012.892 expedida en Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

# MÉDICO

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 13 días del mes de Julio de 2019

Registrado con el Acta de Grado N° 1361

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

# UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

**Acreditación Institucional de Alta Calidad**
**Resolución N° 16891 del 22 de agosto de 2016 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL**

## ACTA DE GRADO N° 1361

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 11:00 a.m. del día 13 del mes de julio de 2019, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando a:

**MARCELY YULIETH NAVARRO GÓMEZ**
**C.C. N° 1.083.012.892 expedida en Santa Marta**

El título de **MÉDICO** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **MARCELY YULIETH NAVARRO GÓMEZ**, y se hizo entrega del diploma que la acredita como **MÉDICO**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

**PABLO VERA SALAZAR, PhD**
Rector

**MERCEDES DE LA TORRE HASBUN**
Secretaria General

**Registro N° 46039 - Folio 1494**

La República de Colombia
Departamento del Magdalena
Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
# "LAURA VICUÑA"

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1272 del 10 de junio de 2008. y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M.

**CONFIERE A**

## Marcely Yulieth Navarro Gómez

Identificada con T.I. No. 960511-09411 expedida en Santa Marta

**EL TITULO DE**

# BACHILLER ACADÉMICO

## Con profundización en Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académico, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.

RECTORA

Este Diploma no requiere de registro en la Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el libro No. 002 Folio 127 Diploma 020
Dado en Santa Marta, a los 07 días del mes de diciembre de 2012

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"**

*Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No.* 1272 *del* 10 *de junio de* 2008 *y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa* E.F.Q.M

# ACTA DE GRADO

Acta N° 069 Libro 002 Folio 127 del 06/12/2012

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"LAURA VICUÑA"

## CONSIDERANDO QUE

*Marcely Yulieth Navarro Gómez*

Identificada con T.I. No. 960511-09411 expedida en Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución, resuelve otorgarle el título de

# BACHILLER ACADÉMICO

*Con profundización en Ciencias*

En constancia de lo anterior se firma la presente en SANTA MARTA a los 06 días del mes de diciembre 2012

*Reyes Ceballos*
*Reyes Isabel Ceballos Díaz*
Rectora

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C108301289200156239**

**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) **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1083012892 y T.P. o R.M. No. 1083012892 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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 lunes 04 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

**BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA**
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA
PRESIDENTE

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

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
8/9/2020 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: MIGUEL OSPINA CORREA

E-2020-007716

**EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

**CERTIFICA:**

Que conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **MARCELY YULIETH NAVARRO GÓMEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1,083,012,892 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MÉDICO en ESE HOSPITAL LOCAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA, en la siguiente plaza y fecha:

| CÓDIGO PLAZA | LUGAR DONDE REALIZÓ EL SSO | MODALIDAD (*) | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 4705800023031-1 | ESE HOSPITAL LOCAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA | Prestación de Servicios | 16 de agosto de 2019 | 19 de agosto de 2020. |

*Según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta septiembre 28 de 2020.

**JULIO SALAS BURGOS**
Secretario Seccional de Salud

Proyectó: Piedad De la Hoz Orozco.



Escaneado con CamScanner


La salud es de todos
Minsalud
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ
C.C. 1083012892
MEDICO
Universidad del Magdalena
Santa Marta
Grado: 13/07/2019
Rethus: 02/11/2020


www.ideas.com
Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH.
info@colegiomedicocolombiano.org
Firma Representante Colegio Medico Colombiano

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

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 * 1083012892

Primer Nombre marcely

Primer Apellido navarro

Confirme los números de la Imagen *

7193

Cambiar

3256

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-12-04→8:40:04 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1083012892 | MARCELY | YULIETH | NAVARRO | GOMEZ | 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) MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ identificado(a) con CC 1083012892 registra La siguiente información:**

**2023-12-04→8:40:04 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2020-11-02 | 77308 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|MAGDALENA\|ARIGUANÍ | 2019-08-16 | 2020-08-19 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**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).**

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

| | |
|---|---|
| PÓLIZA | 802033735 |
| CERTIFICADO | RM23210 |
| REFERENCIA PAGO ELECTRONICO | 0900063048 |

**UBICACION:** SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 16 MM 01 AAAA 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 8 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** | SANTA MARTA |
| **E-MAIL:** | MARZ-999@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3023237351 |
| **ASEGURADO:** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** SANTA MARTA | **TEL.** 3023237351 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE 16 01 2023 | HASTA 16 01 2024 | | | 232,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | DIRECTO | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 199,200.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 37,848.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 237,048.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 232,000,000.00 | 166,000.00 | 10 | 1,500,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 33,200.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04**

(415)7709998911901(8020)0900063048

**TOMADOR**

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802033735
**CERTIFICADO** RM23210
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900063048

**UBICACION:** SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 16 MM 01 AAAA 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 8 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** | SANTA MARTA |
| **E-MAIL:** | MARZ-999@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3023237351 |
| **ASEGURADO:** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** SANTA MARTA | **TEL.** 3023237351 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| **DESDE** 16 01 2023 | **HASTA** 16 01 2024 | | | 232,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | DIRECTO | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 199,200.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 37,848.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 237,048.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 232,000,000.00 | 166,000.00 | 10 | 1,500,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 33,200.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04**

(415)7709998911901(8020)0900063048

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802033735
**CERTIFICADO** RM23210
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900063048

**UBICACION:** SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 16 MM 01 AAAA 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 8 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** | SANTA MARTA |
| **E-MAIL:** | MARZ-999@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3023237351 |
| **ASEGURADO:** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** SANTA MARTA | **TEL.** 3023237351 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 16 01 2023 | | | 232,000,000.00 |
| HASTA | 16 01 2024 | | | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | DIRECTO | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 199,200.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 37,848.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 237,048.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 232,000,000.00 | 166,000.00 | 10 | 1,500,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 33,200.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04**

(415)7709998911901(8020)0900063048

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802033735
**CERTIFICADO** RM23210
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900063048

**UBICACION:** SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 16 MM 01 AAAA 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 8 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** | SANTA MARTA |
| **E-MAIL:** | MARZ-999@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3023237351 |
| **ASEGURADO:** | MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ | **C.C. O NIT:** | 1083012892 |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 7 CA 21 URB ANDREA CAROLINA | **CIUDAD:** SANTA MARTA | **TEL.** 3023237351 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 16 01 2023 | | | 232,000,000.00 |
| HASTA | 16 01 2024 | | | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | DIRECTO | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 199,200.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 37,848.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 237,048.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 232,000,000.00 | 166,000.00 | 10 | 1,500,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 33,200.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 16-01-2023 | 16-01-2024 | 0.00 | 46,400,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**TOMADOR**

(415)7709998911901(8020)0900063048

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

## Referencia para pago electrónico:

0900063048

**Nit:** 1083012892 **DV:** 8

**Tomador:** MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ

**Póliza:** 802033735 **Certificado:** RM23210 **UBICACION:** SANTA MARTA

**Valor Póliza:$** 237,048

**FECHA DE** DD MM AAAA

| CANTIDAD DE CHEQUES | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **CHEQUES $** | |
| | | | |
| | | **EFECTIVO $** | |
| | | **(*) TOTAL** | |

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900063048

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- CLIENTE -**

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co


CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

## Referencia para pago electrónico:

0900063048

**Nit:** 1083012892 **DV:** 8

**Tomador:** MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ

**Póliza:** 802033735 **Certificado:** RM23210 **UBICACION:** SANTA MARTA

**Valor Póliza:$** 237,048

**FECHA DE** DD MM AAAA

| CANTIDAD DE CHEQUES | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **CHEQUES $** | |
| | | | |
| | | **EFECTIVO $** | |
| | | **(*) TOTAL** | |

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900063048

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.


**- BANCO -**


Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

# LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

***NIT:*** **900223619-0**

**Reg. EN02309863-2021**

**CERTIFICA QUE:**

## *MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ*

**C.C. N° 1083012892**

**ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:**

## *ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012*

**CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.**

**PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 19 DE JUNIO 2021.**

| | | |
|---|---|---|
| **CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA** | **MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA** | **MD JIMMY LARIOS ROSANIA** |
| **GERENTE ENTHA LTDA** | **COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA** | **PRESIDENTE ACASS** |

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Marcely Yulieth Navarro Gómez*

## *CC 1083012892 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-07-24
Fecha de vencimiento: 2025-07-25

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Marcely Yulieth Navarro Gómez*

## *CC 1083012892 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-07-26
Fecha de vencimiento: 2025-07-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Marcely Yulieth Navarro Gómez*

## *CC 1083012892 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-01
Fecha de vencimiento: 2025-08-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Marcely Yulieth Navarro Gómez*

## *CC 1083012892 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Diplomado de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-01
Fecha de vencimiento: 2025-08-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Marcely Yulieth Navarro Gómez*

## *CC 1083012892 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-06
Fecha de vencimiento: 2025-02-06

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

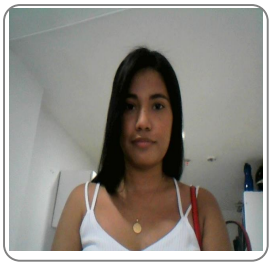
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

***PREVENIR 1-A S.A***
*Nit. 819001920 - 7*
*Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA*
*Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249*

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**
INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

## DATOS DEL PACIENTE



Fecha **06/01/2021 09:15:00** Cargo **MEDICO GENERAL**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ**

Doc. Identidad **CC 1083012892** Edad **24 Años** Género **Femenino**

Dirección **MZ 7 CA 21** Teléfono **3014638679**

Escolaridad **Profesional**

Eps **NUEVA EPS**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, ANEXO OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA

## CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

NOTA: PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA LA RESOLUCION 1462 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19.

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REGISTARSE EN LA APLICACIÓN CORONAPP COLOMBIA Y REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

## RESTRICCIONES LABORALES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: MARCELY YULIETH NAVARRO
CC: 1083012892
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**PREVENIR 1-A S.A**
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

## AUDIOMETRÍA

Nombre **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ** Doc. Identidad **1083012892**

Teléfono Edad **24** Cargo **MEDICO GENERAL**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **06/01/2021** Reposo Auditivo

### ANTECEDENTES OCUPACIONALES

**Exposición al ruido actual**

◯ SI Tiempo
◯ NO EPP

**Exposición al ruido en trabajos anteriores**

◯ SI Cargo: MEDICO GENERAL Años: EPP:
◯ NO

### ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:

Observaciones

### ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

### ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

### ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

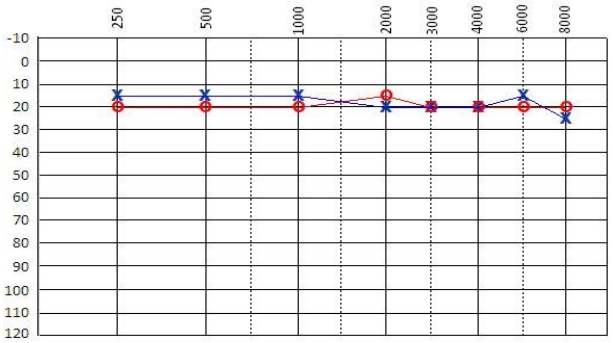
### DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

### OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | CAE | NORMAL | OI | CAE | NORMAL |
| | MT | NORMAL | | MT | NORMAL |




**Diagnóstico Hipoacusia:**

| | 125 | 250 | 500 | 750 | 1000 | 1500 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VA OI** | | 15 | 15 | | 15 | | 20 | 20 | 20 | 15 | 25 |
| **OD** | | 20 | 20 | | 20 | | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| **VO OI** | | | | | | | | | | | |
| **OD** | | | | | | | | | | | |

**NBN** **WN** **SN**

Observaciones
AUDICION NORMAL BILATERAL

LAURA MARCELA QUANT CHARRIS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1004188804 RM:

**PREVENIR 1-A S.A**
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

**VISIOMETRÍA**

Fecha examen: **06/01/2021**

Doc. Identidad **CC 1083012892** Nombre **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ** Fecha Nacimiento. **11/05/1996**
Entidad **PARTICULAR** Edad **24 años** Ocupación **MEDICO GENERAL**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa PAQUETE BASICO Cargo MEDICO GENERAL Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS NUEVA EPS ARL

## ANAMNESIS

Último Examen Visual **HACE 1 MES** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | 20/20 | 20/20 |
| OI | | | | 20/20 | 20/20 |
| AO | | | | 20/20 | 20/20 |

## LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | º | |
| OI | | | º | |

## EXAMEN EXTERNO

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival | ( ) | ( ) |
| Pterigio N | ( ) | ( ) |
| Pterigio T | ( ) | ( ) |
| Pinguécula | ( ) | ( ) |
| Nevus | ( ) | ( ) |
| Blefaritis | ( ) | ( ) |
| Blefaritis seborreica | ( ) | ( ) |
| Secreción | ( ) | ( ) |
| Leucoma Corneal | ( ) | ( ) |
| Ptosis palpebral | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## MOTILIDAD OCULAR

VL: **NORMAL** VP: **NORMAL** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: Versiones: PPC:

## INTERPRETACIÓN

| | OD | OI |
|---|---|---|
| No requiere corrección óptica | (X) | (X) |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo no corregido | ( ) | ( ) |
| Gafas no formuladas | ( ) | ( ) |

## TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromática | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---|
| OD | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropía | (X) | (X) |
| Ametropía | ( ) | ( ) |
| Disminución visual | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

## RETINOSCOPIA

Refracción:

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| OD | | | |
| OI | | | |

Subjetivo: DP:

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

## CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

**RECOMENDACIONES**
USO DE LENTES CON FILTROS PARA PC

**OBSERVACIONES**

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

FASALUD C.A.D.P. IPS

NIT. N° 802.015.154-0

Santa Marta, 28 de abril de 2022

**FASALUD I.P.S SAS**

**CERTIFICA**

Que la doctora **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.083.012.892, nos prestó sus servicios profesionales de MEDICO GENERAL, en calidad de contratista independiente en el período comprendido entre el 31 de agosto 2021 y el 28 de febrero de 2022; cumpliendo satisfactoriamente con los servicios contratados.

Se expide la presente certificación a petición de la parte interesada, en la ciudad de Santa Marta, a los 28 días del mes abril de 2022.

Atentamente,

**Dr. JESUS TORRES LOGREIRA**
**Gerente General**

E.S.E. HOSPITAL
ALEJANDRO MAESTRE SIERRA
*Comprometidos con su Salud y la Vida.*

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA, DE ARIGUANI –MAGDALENA, EN ATENCION A LAS FACULTADES CONSIGNADAS EN LA LEY 50 DE 1981 Y SUS RESPECTIVOS DECRETOS REGLAMENTARIOS**

**CERTIFICA**:

Que la DOCTORA: MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ Identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.012.892 expedida en SANTA MARTA – Prestó sus servicios profesionales en el Cargo de **MEDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en la Plaza correspondiente a LA E S E HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA Perteneciente al Municipio de Ariguani Magdalena Plaza radicada en el libro de Registros de Profesionales No. **0010 DEL 02 de ENERO de 1997 Código de Plaza No. 4705800023031-1 Identificación Plaza No. 3820**

Que el citado profesional en Servicio Social Obligatorio se desempeñó en el Cargo de MEDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, durante el periodo comprendido entre el día 16 de AGOSTO de 2019 hasta el día 19 de AGOSTO de 2020 que el citado profesional en Servicio Social Obligatorio cumplió con los programas y actividades que le fueron encomendados por esta Institución.

Que el cargo antes mencionado es válido como prestación del Servicio Social Obligatorio en E S E, HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA, de conformidad con la ley 50 de 1981 y sus respectivos decretos reglamentarios.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para el trámite de la Resolución que autoriza el ejercicio profesional de conformidad con el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994 y el DECRETO 3134 de 1956

**SANDRA MILENA VEGA VILLA**
**GERENTE**
**DE LA E S E Hospital Alejandro Maestre**
Proyecto por: EMB –Recursos-Humanos
Copia hoja de vida

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BICOR**

Santa Marta D.T.C.H, 29 de septiembre de 2022

EL COORDINADOR DE TALENTO HUMANO DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BATALLÓN DE INFANTERÍA N° 5
"GR. JOSÉ MARÍA CÓRDOVA"

# CERTIFICA

Que la Señora **MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No 1.083.012.892 expedida en Santa Marta, se compromete para con el Establecimiento de Sanidad Militar BAS02, con NIT. 901.541.212-4 en la Ciudad de Barranquilla, a prestar los servicios profesionales como médico general con destino para dirección general de sanidad militar – Establecimiento de Sanidad Militar BICOR ubicado en el municipio de Santa Marta, bajo la modalidad de contrato de Prestación de Servicios, así:

| No. CONTRATO | FECHA INICIO | FECHA DE TERMINO | VALOR MENSUAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| 089-DIGSA-ESMBAS02-2021 | 19/01/2021 | 31/12/2021 | 3.959.155 | 45.530.282 |
| 072-DIGSA-ESMBAS02-2022 | 21/01/2022 | 31/12/2022 | 3.959.155 | 45.530.283 |

Objeto del contrato: Prestar servicios de apoyo a la gestión como Medico general acorde a la normatividad vigente.

Respetuosamente

Falla Jurado Evelyn
C.C. 1005872011
Suboficial Del Ejército Nacional

Cabo Tercero **EVELYN TATIANA FALLA JURADO**
Coordinadora de Talento Humano Establecimiento de Sanidad Militar BICOR
Tel. 3107532615

ESM BICOR

# 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 1083012892 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 04/12/2023 08:59 PM

Código Verificación: **37JKEX69MU**

Válida hasta: **04/03/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL**
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB**
**CARNET DE VACUNACIÓN**

Nombres y Apellidos: MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ Documento: CC 1083012892 Fecha Nacimiento: 11/05/1996 Fecha Generación: 01/08/2023

| Edad | Me protege de | Dosis | Tipo Esquema | Fecha de Aplicación | | | Laboratorio | Número de lote | IPS Vacunadora | Fecha próxima cita | | | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Dia | Mes | Año | | | | Dia | Mes | Año | |
| 6 meses | Sarampión - Rubéola | Adicional | PAI Adicional | 19 | 8 | 2014 | | J5519 | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | 19 | 8 | 2015 | DINA RODRIGUEZ |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Única | PAI | 19 | 8 | 2014 | | K5050 | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | | | | DINA RODRIGUEZ |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primer Refuerzo | PAI Adicional | 25 | 11 | 2021 | PFIZER | FJ1966 | CIENAGA CLINICA GENERAL DE CIENAGA LTDA | | | | YUDICTEZ GIL |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primera | PAI Adicional | 12 | 3 | 2021 | | n1195 | cehoca | 9 | 4 | 2021 | yulis avila |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Segunda | PAI Adicional | 9 | 4 | 2021 | PFIZER | ET6924 | SANTA MARTA CENTRO HOSPITALARIOS DEL CARIBE | 30 | 4 | 2021 | lina maria bohorquez cortez |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Segundo Refuerzo | PAI Adicional | 29 | 9 | 2022 | PFIZER | PCA0075 | CIENAGA CLINICA GENERAL DE CIENAGA LTDA | | | | YUDICETH SOFIA GIL IBAÑEZ |
| Sin rango de edad | Hepatitis B Adultos particular | Primera | Particular | 23 | 5 | 2018 | | UFX17002 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | 25 | 6 | 2018 | mirlandys quintero moreno |
| Sin rango de edad | Hepatitis B Adultos particular | Segunda | Particular | 25 | 6 | 2018 | | ufx17007 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | 27 | 11 | 2017 | mirlandys quintero moreno |
| Sin rango de edad | Hepatitis B Adultos particular | Tercera | Particular | 4 | 12 | 2018 | | UFX17009 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | 4 | 12 | 2018 | mirlandys quintero moreno |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | PAI Adicional | 19 | 5 | 2022 | Green Cross | V50222004 | CIENAGA CLINICA GENERAL DE CIENAGA LTDA | | | | SANDRA PATRICIA GARCIA AVILA |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | PAI Adicional | 19 | 2 | 2016 | | D2221 | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | 30 | 6 | 2016 | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Segunda | PAI Adicional | 2 | 4 | 2018 | | 221501316A | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | 2 | 10 | 2018 | sandra valencia carvajal |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Tercera | PAI Adicional | 19 | 5 | 2020 | | 2338X004AE | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | 19 | 5 | 2021 | TERESA TAMARA ARGUELLES |



Powered by CamScanner

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 | 2023-10-31 06:15 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARCELY | | NAVARRO | GOMEZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1083012892 |

| 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 | DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1 |

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Dirección | ["CARRERA 10 N 27  51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"] |
| 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 | $47.300.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $47.300.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $2.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| AUTOMOVIL | COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA | $51.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|---|
| |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ identificado(a) con CC 1083012892 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 14/02/2022 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MARCELY YULIETH NAVARRO GOMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.012.892**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | Sexo |
|---|---|
| Marcely Yoliethe Navarro Gómez | M: F: X |

| Tipo de Documento | Numero | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E T.I R.C PP | 1083012892 | Santa Marta | 05-06-2014 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | 0 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 11 05 1996 | Santa Marta | Mz 7 Casa 21 Urb. Andrea Card. | Santa Marta | Mag. |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| marz-999@hotmail.com | 3023237351 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | X | Hogar | | Jubilado | 8621 |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Medico General | Actividades de la practica medica sin int. |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hosp. Julio Mendez B | Publica | X | Privada | | Mixta | Otra, cual? | Medico general |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Barrio Alcarraez Cra. 14 #23-42 | Santa Marta | Alcarraez | |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | 4500.000 | Total Egresos mensules | 3.000.000 |
| Otros Ingresos Mensules | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | 50.000.000 | Total Pasivos | 10.000.000 |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes DIC Año 2023 | | 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?

NO.

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO.

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

Mi trabajo como medico general

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilicitas las cuales relaciono a continuación: Trabajo como medico general y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



## 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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento