

y en su Nombre

El Instituto Nacional de Educación Media Diversificada INEM Miguel Antonio Caro

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
Según Decretos Nos. 1962 de 1.969, 1085 de 1.971 y Resolución No. 130 de 1.978
y Aprobado en todos sus estudios por Resolución No. 10968 del 10 de Agosto 1.984

Confere a

Genny Sofía Guzmán Navarro

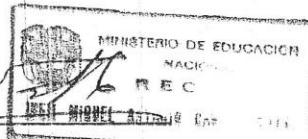
Identificado(a) con T.I. No. 08070 de BUENA VISTA (SUCCI)

El Título de

Bachiller Comercial = Contabilidad

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

[Firma]
Rector



[Firma]
Sub-Director Administrativo



Barranquilla, 7 de DICIEMBRE de 1

Anotado al folio No. 504 del Libro de Registro No. 2

Secretaría de Educación





ACTA DE GRADO 022

INSTITUCION EDUCATIVA INEM MIGUEL ANTONIO CARO

Aprobada por Resolución N° 1968 de agosto 10 de 1984
del Ministerio de Educación Nacional
Código DANE 108758000031 -
NIT 890103217-3 Núcleo N° 22A

Soledad - Atlántico

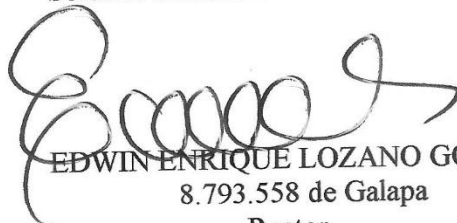
En Soledad, el día 7 del mes de diciembre del año de 1990 se reunieron el Rector y la Secretaria General, en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA INEM MIGUEL ANTONIO CARO, con el fin de protocolizar la graduación de los alumnos del último grado, de Educación Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media, se procedió a otorgar el Título al graduando cuyos nombres, apellidos, número del documento de identidad, título y modalidad se relaciona a continuación:

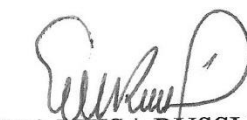
Genny Sofía Guzmán Navarro
C.C. 32756610 de Barranquilla

Bachiller: Comercial
Modalidad: Contabilidad

Tomada del Acta original N° 022 de fecha 7 de diciembre de 1990 firmada por ANGEL MARIA CERVANTES CONRADO (Rector) y MARIA LUISA RUSSI DIAZ (Subdirectora Administrativa)

Soledad octubre 29 de 2015


EDWIN ENRIQUE LOZANO GONZALEZ
8.793.558 de Galapa
Rector


MARIA LUISA RUSSI DIAZ
22.429.145 de Barranquilla
Secretaria General

livette mdo.



EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO

GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO

C.C. No. 32.756.610 de Barranquilla

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

Jesús Sáez de Ibarra

V. R. RECTOR

Eduardo Acosta Bendek

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA



UNIVERSIDAD METROPOLITANA CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de MEDICINA

CÓDIGO: M-52-3404-00

Otorgada a GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO

C.C. No. 32.756.610 de Barranquilla -Atl.

En Barranquilla a los 21 días del mes de julio de 2000 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reúne en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO

C.C. No. 32.756.610 de Barranquilla -Atl.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

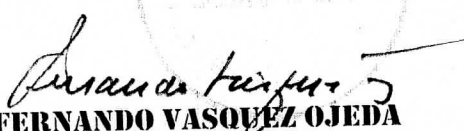
Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 21 días del mes de julio de 2000


EDUARDO ACOSTA BENDEK

Rector


JESUS SAEZ DE IBARRA

Vice-Rector


FERNANDO VASQUEZ OJEDA
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C3275661000191795

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) **GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO**, identificado(a) con C.C. No. 32756610 y T.P. o R.M. No. 13 4156/2001 del(a) Secretaria Departamental de Salud Bolívar, 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 domingo 21 julio 2024 a solicitud del(a) interesado(a).


ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



NIT. 901544869-6



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

Certifica

Genny Sofía Guzmán Navarro

CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-04

Fecha de vencimiento: 2026-06-04



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

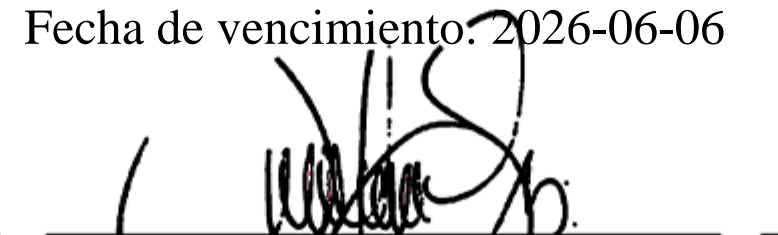
Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019 con un total de 120 Horas.


Fecha de emisión: 2024-06-06
Fecha de vencimiento: 2026-06-06



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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


Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.


Fecha de emisión: 2024-06-02
Fecha de vencimiento: 2026-06-02



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.


Fecha de emisión: 2024-07-20
Fecha de vencimiento: 2026-07-20




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



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.


Fecha de emisión: 2024-07-22
Fecha de vencimiento: 2026-07-22




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



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado
con un total de 48 Horas.


Fecha de emisión: 2024-07-18
Fecha de vencimiento: 2026-07-18




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



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



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

Certifica

Genny Sofía Guzmán Navarro

CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-08

Fecha de vencimiento: 2026-06-08



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Barraquilla - Colombia
 email: monigose@hotmail.com
 Celular: (300) 808 65 65 / (300) 325 82 07
 Teléfonos: 369 13 48 - 369 05 68
 Centro Comercial Boulevard 51
 Calle 79 No 50 - 71 Local 17 Piso 2

Vacunarse!
Preparate para la Vida

CERTIFICADO DE VACUNACION

Vacunas
 CENTRO DE VACUNACION
 NIT: N° 802.020.489 - 2

NOMBRE: *Genny Guzman. N.*
 DIRECCIÓN: *clinica el prado*
 TELÉFONOS:

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
HEPATITIS B	1ª	22/06/12	035B,009	<i>[Signature]</i>
	2ª	23/07/12		<i>[Signature]</i>
	3ª	24/08/12		<i>[Signature]</i>
	Ref.			
TOXOIDE TETANICO	1ª			
	2ª			
	3ª			
	Ref.			
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	1ª	22/06/12		<i>[Signature]</i>
	2ª	23/07/12		<i>[Signature]</i>
INFLUENZA	1ª			
OTRAS				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

GENIS

Apellidos:

GUZMAN

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte No. *3275661*

Fecha de
Nacimiento:

Día *06* Mes *02* Año *1977*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	<i>31-3-17</i>		<i>DMRKA</i>
	2			
	3			
	4			
Contra Hepatitis B	5			
	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	<i>1</i>	<i>31-3-17</i>	<i>LAG2VPC302</i>	<i>DMRKA</i>
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE BOLÍVAR

RESOLUCIÓN NÚMERO 13004156

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE BOLIVAR

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994

CONSIDERANDO:

Que Genny Sofia Guzman Navarro C.C. No. 32.756.610

De BARRANQUILLA ha solicitado el registro de su TITULO de MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

El 21 DE JULIO DE 2000

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación de U. METROPOLITANA

Al Folio 48 del Libro 1/96 El 21 DE JULIO DE 2000

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL CENTRO HOSPITAL DE MARIALABAJA

Departamento de BOLIVAR durante el tiempo comprendido entre el 15 DE SEPTIEMBRE DE 2000

y 31 DE MAYO del 20 01

RESUELVE:

ARTICULO UNICO : Autorizar a Genny Sofia Guzman Navarro

para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO

en todo el territorio nacional.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la Ciudad de Cartagena, a los

(COPIA ORIGINAL FIRMADO)
GUSTAVO A. GARCIA FERNANDEZ
SECRETARIO DE SALUD DE BOLIVAR

JEFE DIVISION DE ASEGURAMIENTO Y SERVICIOS
DE SALUD





**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O
DE APOYO A LA GESTIÓN**

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
CONTRATISTA:	GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO
C.C.:	32756610
NO CONTRATO	TH-2024-02271
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS
VALOR:	TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS(\$3250000) M/Cte
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	2601 del 01 de Junio de 2024
PLAZO DE EJECUCION:	01 de Junio de 2024 HASTA 30 de Junio de 2024

Entre los suscritos a saber: **NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 72.310.382 expedida en el municipio de Barranquilla - Atlántico, quien en su condición de Gerente de la **ESE HOSPITAL MA TERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, se encuentra debidamente autorizado para celebrar convenios y contratos a nombre de la Empresa de conformidad con lo dispuesto por el *Estatuto Contractual de la Empresa Social del Estado*, y quien en adelante y para efectos contractuales se denominara **LA E.S.E.** de una parte y por la otra y por la otra, **GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 32756610, de profesión Médico, quien afirma no encontrarse incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades de acuerdo con lo previsto en los artículos 8 y 9° de la Ley 80 de 1993, así como las contempladas en las demás disposiciones Constitucionales y Legales, en especial la Ley 1474 de 2011, incluido las consignadas en el Manual de Contratación de la E.S.E., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**; las partes hemos decidido celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones que se relacionan a continuación: 1) Que de conformidad con los estudios y documentos previos realizados por las Dependencias Responsables, se infiere la necesidad inminente de la suscripción del presente contrato. 2) Que, en razón a lo anterior, la E.S.E. continuó con todos los trámites precontractuales necesarios tendientes a satisfacer la necesidad planteada en los estudios previos. 3) Que por lo expuesto se requiere contratar los servicios de medicina, para que sea prestado por un profesional de la salud (Profesional de la Medicina). Quien efectuará las actividades que se describen en el presente instrumento, conforme las agendas de actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. 4) Que tal cómo lo certifica el área de Talento Humano, en la actualidad no existe personal de planta suficiente para ejecutar las actividades, objeto del presente contrato. 5) Que de conformidad con lo dispuesto en el *manual de contratación de la Empresa Social del Estado*, se trata de contratar **SERVICIOS PROFESIONALES DE MÉDICO**, por tanto, la selección del contratista se desarrollará mediante la modalidad de **CONTRATACION DIRECTA** causal "PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE SALUD Y DE APOYO A LA GESTIÓN", razón por la cual se realizó una invitación directa a presentar oferta a un profesional en Medicina que cumple los requisitos exigidos en el estudio respectivo, en razón a que no se requiere la obtención de varias ofertas. 6) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el contrato, según consta en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, expedido por el Encargado de Presupuesto de la Entidad, que se anexa al presente contrato. 6) Que, por lo anterior, se invitó de manera directa a presentar oferta al Doctor (a) **MARIA ANGEL ALMANZA AHUMADA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1043017563, quien presentó su propuesta dentro del término establecido para el efecto, ofrecimiento que, una vez analizado se consideró adecuado para la entidad toda vez que cumple con los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos y su oferta económica no supera el presupuesto oficial establecido por la entidad. 7) De acuerdo a lo anterior las partes hemos acordado suscribir el presente contrato de prestación de servicios, el cual se registrá por las normas contractuales vigentes y por las siguientes cláusulas: **CLAÚSULA PRIMERA – OBJETO CONTRATO : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS A SER PRESTADO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**" de conformidad con lo dispuesto en los estudios y documentos previos, la oferta presentada por el Contratista, lo mismo que la Agenda de actividades elaborada por la Subgerencia Científica de la E.S.E. d o cumentos que forman parte integral del presente contrato. **CLAÚSULA SEGUNDA – DURACIÓN:** Desde la reunión de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución contractual y hasta el 30 de Junio de 2024. **CLAÚSULA TERCERA - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es la suma de **TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS(\$3250000) M/Cte.**, IVA incluido. **FORMA DE PAGO:** Se cancelará mediante (Un) pago total. En el evento en que el contratista asuma secuencias de actividades asistenciales adicionales a los establecidos previamente en la agenda de actividades respectiva, la E.S.E. reconocerá y pagará ese mayor valor, previo informe del supervisor. **PARÁGRAFO ÚNICO:** Para el pago será necesario la presentación del informe de actividades del periodo ejecutado, factura o cuenta de cobro, certificación de cumplimiento emitida por el supervisor designado por la Gerencia y soportes de Pago de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y Parafiscales si a ellos hubiere lugar. **CLÁUSULA CUARTA- DECLARACION DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA manifiesta: Conocer perfectamente la naturaleza





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

de los procesos, subprocesos y actividades a desarrollar, las normas legales que le son inherentes, los plazos y costos requeridos para ejecutar el objeto contractual, lo mismo que las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica; todo lo cual queda bajo su responsabilidad. **CLAÚSULA QUINTA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** a) Brindar las instalaciones y consultorios de la E.S.E. b) Efectuar los registros y operaciones presupuestales y contables necesarios para cumplir cabalmente con el pago de los servicios que el Contratista haya prestado a ésta, con base en el presente contrato. c) Proporcionarle al CONTRATISTA toda la información que éste solicite y que sea necesaria para el desarrollo del objeto contratado, la cual deberá suministrarse de manera inmediata. d) Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato efectuando un control técnico y administrativo de la ejecución del contrato a través de la supervisión que designe la Gerencia de la Entidad. e) Pagar al CONTRATISTA el valor del presente contrato en la forma, tiempo y precios pactados en el contrato; previa presentación del informe de actividades desarrolladas y con la cuenta de cobro debidamente legalizada. f) Aplicar en el momento que lo estime conveniente, encuestas de satisfacción a los usuarios sujetos del presente contrato para evaluar calidad, oportunidad, accesibilidad y calidez humana por parte del Contratista. g) Diseñar, elaborar y comunicar las Agendas de Actividades, en la que se consignen las actividades diarias, semanales y periódicas a realizar por el Contratista, con las secuencias respectivas en las cuales desarrollará los turnos presenciales, en los eventos en que así se requiera. **CLAÚSULA SEXTA - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** a) Garantizar que el desarrollo del objeto contractual se realice de conformidad con lo estipulado en el presente contrato, propuesta y portafolio de servicios que la entidad ofrece. b) PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS de la E.S.E. Hospital Ciudadela Metropolitana de Soledad, según las actividades médicas acordados entre las partes (Contratante - Contratista). c) Realizar y registrar en los formatos establecidos que correspondan al tipo de atención médica efectuado al paciente que recibe la prestación del servicio d) Realizar consultas médicas según la necesidad establecida y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. e) Realizar procedimientos de Medicina dando cumplimiento a los Protocolos Institucionales, guías de manejo del Ministerio de Salud y protección Social y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. f) Reportar en caso de cualquier novedad o anomalía de manera inmediata la situación, al funcionario encargado de la Supervisión del contrato. g) Acatar las directrices que durante el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E. a través de la Supervisión o de la Gerencia. h) Realizar todos los procedimientos médicos dando cumplimiento a las normas de Asepsia y bioseguridad. i) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho debiendo informar inmediatamente a la E.S.E. contratante a través de la supervisión y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios. j) Cumplir con los aportes para la seguridad Integral: Salud, Pensión, Riesgos Laborales y parafiscales cuando a ello haya lugar.) Prestar los servicios profesionales en Medicina contratados en los términos taxativos de la propuesta, así como conforme las actividades consignadas en las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica, por lo tanto, en el evento de algún incumplimiento en la prestación del servicio, los valores correspondientes podrán ser descontados por el contratante, previa verificación del incumplimiento, de las sumas que estén pendientes por pagar, para lo cual se autoriza expresamente desde ahora al Contratante. l) Asumir de manera total y exclusiva, la responsabilidad derivada de la calidad e idoneidad de las actividades objeto del contrato, así como de los actos u omisiones. En consecuencia, se compromete a mantener libre a la E.S.E. de cualquier responsabilidad por este aspecto y a salir siempre en defensa de la entidad contratante frente a reclamaciones judiciales o extrajudiciales, acciones de tutela, acciones de cumplimiento que le instaure personas afectadas en razón del desarrollo del objeto contractual y a reconocerle a la E.S.E. Contratante, cualquier suma que esta entidad deba pagar por tal concepto. m) Tratar con calidad, calidez y oportunidad en las consultas médicas a los clientes externos e internos de la E.S.E. n) Responder por haber ocultado al contratar inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones, o por haber suministrado información falsa. o) Dar cumplimiento al registro completo de las Historias clínicas en el Software Institucional Y todos los formatos de atención relacionados y de obligamiento en los diferentes programas de salud dando cumplimiento a la Normatividad Vigente. p) Registrar y llenar toda la documentación en la prestación de los servicios según el caso: CUPS, SOAT, RIPSS, y demás Formatos Institucionales. q) Respetar los derechos de los pacientes y cumplir con el código de ética médica. r) Comunicar con la debida antelación al Supervisor del Contrato, las ausencias temporales que afecten la secuencia en las actividades contratadas. De tal suerte que, en el evento de asumir unas diferentes a las establecidas en la Agenda de actividades, la E.S.E. aprovisione los recursos para cubrir el valor adicional a cancelar. Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. **CLAÚSULA SÉPTIMA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** Los pagos que asume el CONTRATANTE en virtud del presente contrato, se sujetan a las apropiaciones presupuestales respectivas y se pagarán con recursos del Presupuesto General de Gastos Vigencia 2024, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, expedido por el Encargado de presupuesto de la entidad, que se anexa al presente contrato. **CLAÚSULA OCTAVA -SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Medicina, será efectuada por el (a) Subgerente Científico de la E.S.E., quien se encargará de inspeccionar la correcta ejecución del objeto contractual, por parte del CONTRATISTA, verificando que se cumpla con las especificaciones descritas en el objeto del mismo, dando cumplimiento a lo establecido por la ley y el Manual de Contratación del Hospital Ciudadela Metropolitana, además de lo contemplado en la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción". **CLAÚSULA NOVENA - SOLUCIÓN DIRECTA DE LAS CONTROVERSIA CONTRACTUALES:** Se considera que las diferencias o discrepancias, surgidas de la actividad contractual, se solucionan de manera ágil, rápida y directa para lo cual se podrá acudir a la conciliación, transacción o cualquier otro mecanismo de solución de controversia contractual previsto en la ley. **CLAÚSULA DÉCIMA - GARANTÍA:** Con el fin de cubrir la responsabilidad civil frente a terceros derivada de la ejecución del contrato, el Contratista debe presentar POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. Para garantizar los daños y perjuicios que se causen a la ESE o a terceros por





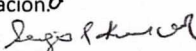
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

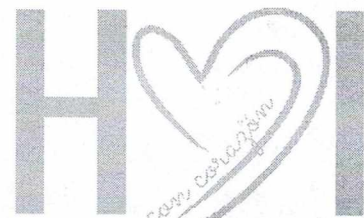
circunstancias inherentes a la ejecución del contrato, por prestación de servicios en el área de la medicina. Por un valor de: (\$100000000). CLAUSULA DÉCIMO PRIMERA - CLAUSULAS EXORBITANTES: El presente contrato se regirá por el Derecho Privado, de conformidad con el Manual de Contratación de la entidad y acoge las cláusulas exorbitantes como terminación, modificación e interpretación unilateral y la caducidad, establecidas en el estatuto nacional de contratación estatal. CLAUSULA DÉCIMO SEGUNDA - CESIÓN: EL CONTRATISTA no podrá ceder ni total, ni parcialmente este contrato, ni subcontratar sin autorización expresa y por escrito del contratante. CLAUSULA DÉCIMO TERCERA - CAUSALES DE TERMINACIÓN: Además de las causales de terminación previstas en la Ley y expresadas anteriormente, este contrato se podrá dar por terminado por: a) Mutuo acuerdo de las partes. b) Por el incumplimiento de alguna de las partes. c) Por la ocurrencia de hechos imprevisibles que imposibiliten su cumplimiento. CLAUSULA DÉCIMO CUARTA - DOMICILIO CONTRACTUAL Y SITIO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Se pacta como domicilio contractual y lugar de ejecución del contrato el Municipio de Soledad en el Departamento del Atlántico E.S.E. CLAUSULA DÉCIMO QUINTA-INHABILIDADES INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento el cual se entiende prestado con la aceptación y firma del presente contrato, que no se halla incurrido en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 8° de la Ley 80 de 1993, las contempladas en la ley 1474 de 2011 y demás normas aplicables a la materia. CLAUSULA DECIMO SEXTA - INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E. en cualquier demanda o acción judicial o administrativa con ocasión de la ejecución del presente contrato, por causas imputables al contratista. CLAUSULA DÉCIMO SÉPTIMA - DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO: Forma parte integral del presente contrato los siguientes documentos: 1. Estudios previos. 2. Propuesta técnica y económica presentada por el Contratista y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. CLAUSULA DECIMO OCTAVA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes de los que intervinieron en el mismo y para su ejecución se requiere el Registro Presupuestal expedido por el funcionario Encargado de Presupuesto, que se anexa al presente contrato.

Para constancia se firma el presente contrato en dos (2) ejemplares del mismo tenor con destino a cada una de las partes contratantes en el Municipio de Soledad, el 01 de Junio de 2024


NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ
Gerente


GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO
Contratista

Elaboró: E A-Profesional Contratación
Reviso: SK. Jefe talento Humano. 
CIUADELA METROPOLITANA -CENTRO





Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Genny Sofía Guzmán Navarro
CC 32756610 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.


Fecha de emisión: 2024-09-11
Fecha de vencimiento: 2026-09-11




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



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

BQUILLA, Julio 21 de 2024

Señora:
GUZMAN NAVARRO GENNY SOFIA
 CC. 32756610
 CR 47 66 35 - 0
 Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 25 de 2007. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUZMAN NAVARRO GENNY SOFIA	32756610	C	Ene-25-2007	271	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BENITEZ CORREA JUAN ANTONIO	1099966178	R	Sep-9-2018	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BENITEZ CORREA MARIA JOSE	1043324533	T	Oct-5-2016	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BENITEZ GUZMAN JOSE CARLOS	1042242230	C	Abr-27-2007	271	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIEN	32756610	Dependiente	CERRADO
GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO	32756610	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO	32756610	Trabajador Independiente	CERRADO
ODONTOVITAL	32756610	Dependiente	CERRADO
SU ALIADO TEMPORAL	32756610	Dependiente	CERRADO
ACCION SAS	32756610	Dependiente	CERRADO
BIENESTAR IPS SAS	32756610	Dependiente	VIGENTE
COOPERATIVA INTEGRAL DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAR	32756610	Dependiente	CERRADO
COOTRASERVI	32756610	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
 SALUD TOTAL EPS S.A.
 Elaboró: Servicios en Línea

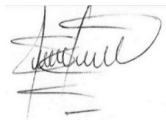
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32756610**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

GENNY SOFIA
GUZMAN NAVARRO

C.C 32756610
Cargo
Nit C32756610
Empresa GENNY SOFIA GUZMAN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Si quieres información sobre los productos y servicios de ARL SURA, comunícate con:

LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA

365 días del año durante las 24 horas,
01 8000 511 414

TELÉFONOS LOCALES DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA:

Bogotá: 405 59 11
Medellín: 444 45 78
Cali: 380 89 38
Barranquilla: 319 79 38
Pereira: 313 84 00
Manizales: 881 12 80
Bucaramanga: 691 79 38
Cartagena: 642 49 38

¿Qué hacer en caso de accidente de trabajo?

1. Avisa a tu superior.
2. Llama a la LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA.
3. Presenta tu documento de identidad.

Cobertura en el exterior (571) 628 36 18

Llamada por cobro revertido sin costo.

Este carné es personal e intransferible.
En el momento de retirarte de la compañía,
por favor devuélvelo al área de personal
de tu empresa.



SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S

Nit. 900847258 - 3
 Dirección: CARRERA 47 79 129
 Tel: 3853779 - 3004836167

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

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

Fecha: 15/02/2023 EPS: SALUD TOTAL EPS Empresa: BIENESTAR IPS SAS

Dirección: CRA 57 72 107 Teléfono: 3854379 - 3182391901

Sede: Actividad: MEDICO GENERAL Fondo de pensión: COLPENSIONES

DI: 32756610 Nombre: GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO Hijos: 2 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: 06/02/1973 Edad: 50 años

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado U. Libre Escolaridad: Primaria Secundaria Técnica Univ. Post grado

Dirección: CR 47 66 35 Teléfono: NO TIENE ARL: SURA Municipio: Departamento: RH: O+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo: MEDICO GENERAL Antigüedad del cargo: 20 AÑOS Antigüedad en la empresa: 2 AÑOS Nro. de personas a cargo:

Sección: ASISTENCIAL Turno: Diurno Nocturno Rotativo

Descripción funciones del cargo: ATENCION DEL PCTE EN CONSULTA EXTERNA

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada: FONENDOSCOPIO, TENSIOMETRO

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:
 Gafas Casco Tapabocas Overol Botas Protector auditivo Respirador Guantes
 Escafandra Cofia Mangas Peto Visera Otros UNIFORME ANTIFLUIDOS, BATA

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO

Empresa	Cargo	Factores de riesgo														Tiempo años						
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS		EI	M	F	EPP	MEC	OT
BIENESTAR IPS SAS	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										X	X	X	X						0
ODONTOVITAL	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										X	X	X	X						2.6
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>										X	X	X	X						13
CLINICA DLE PRADO	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>										X	X	X	X						7.6
BIENESTAR IPS SAS	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					X					X	X	X				X	X		2

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO Sí No TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí No INDEMNIZACIÓN Sí No

Fecha	Empresa	Tipo lesión	Parte afectada	Días inc.	Secuelas	
					Sí	No
//2015	CLINICA DEL PRADO	CAIDA DESDE UNA SILLA	FX DE RADIO DERECHO	30	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Observaciones:

ENFERMEDAD PROFESIONAL Sí No INDEMNIZACIÓN Sí No TRAJO HISTORIA CLÍNICA Sí No

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna

Observaciones: REFIERE 3 DOSIS PARA COVID-19

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Sí	No	Parentesco
Hta	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ABUELOS MAT	Asma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Infarto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Tbc	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Acv	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Artritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Alergias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Enf. Mental	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Úlcera péptica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Cáncer	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Observaciones:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Problema	Sí	No	Problema	Sí	No	Problema	Sí	No
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Bronquitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hernia inguinal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Def. Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hernia umbilical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tbc	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hernia epigástrica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Enf. Acid. Péptica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Várices en M.M.I.I.S.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sinusitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Colitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Varicocele	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Colelitiasis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dermatitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Urolitiasis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Enf. Urinaria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Lumbago	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enf. Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ets	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cervicalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hipercolesterolemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dorsalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enf. Tiroides	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cáncer	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Túnel carpiano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Amigdalitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trombosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Rinitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Enf. Mentales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alergias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: NIEGA Y/O DESCONOCE

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico

* COLELITIASIS - Procedimiento: COLECISTECTOMIA X LAPAROSCOPIA 2016 - Complicaciones NIEGA

* - Procedimiento: CESÁREA 2004 - Complicaciones: NIEGA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Descripción

* NIEGA

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

NIEGA

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarquía: 14 AÑOS Ciclos: 5/21 Fuma: 28-12-2022 Dismenorrea Planificación: Sí No

Método: G 3 P 1 A 1 C 1 0 M 0 V 2 FUP: 06/07/04 FUC: 2021 Resultado: NORMAL

¿Practica algún deporte? Sí No Frecuencia Diaria Semanal Quincenal Mensual Ocasional

¿Ha presentado lesiones deportivas? NIEGA Examen médico: -----

Actividades manuales Sí No Oficios domésticos Sí No

ANTECEDENTES TÓXICOS

Fuma Sí No Exfumador Sí No Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0

Licor Habitual Sí No Frecuencia Diaria Ocasional Semanal Quincenal Mensual Drogadicción Sí No

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Dolor precordial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lipotimia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disnea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Síncope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Descamación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Resequedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Insomnio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ardor ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Disfonía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epigastralgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polaquiuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Eritema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Hiperhidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración sensitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: NIEGA SINTOMAS

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad D Z Talla: 166 cm. Peso: 72.1 Kg. IMC: 26.16 Interpretación: Sobrepeso Ta: 120/70 FC: 71 /Min. FR: 18 /Min.

Medida cintura: cm. Cadera: cm. Índice cintura-cadera: Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: >30/0+

Interpretación índice cintura-cadera

ÓRGANO O SISTEMA NORMAL ANORMAL

ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> SUPRAPUBICA (ANTEC QX CESAREA)
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Faneras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
OJOS	Parpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Córneas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fondo de ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> NO EXPLORADO
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
OIDOS	Agudeza visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	C. Auditivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pabellones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
NARIZ	Tímpanos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cometes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tabique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucosas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

BOCA	Labios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Amígdalas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dentadura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CUELLO	Tiroides	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TÓRAX	Senos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO EXPLORADO
	Corazón	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulmones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alineación ESCOLIOSIS DORSAL (ASINTOMATICA) Schober: 10/15cm. Wels: 10cm. Clasificación III
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pared	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hernias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GENITALES	Genitales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO EXPLORADO
EXTREMIDADES	Superior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinel : D Negativo I Negativo
				Phalen : D NEGATIVO I Negativo
				Finkelstein : D NEGATIVO I NEGATIVO
	Inferior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bostezo: D Negativo I Negativo
				Cajón: D Negativo I Negativo
				Lasegue : D NEGATIVO I NEGATIVO
	Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELANGIECTASIAS EN MMII
NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Marcha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sensibilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Reflejos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro hemático		
Parcial de orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil lipídico		
Glicemia		
Coprológico		
Serología		
Bk		
Gravindex		
Frotis faríngeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refarcc Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corregido Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Obs.
Espirometría		Normal <input type="checkbox"/> P.Obstructivo <input type="checkbox"/> P.Restrictivo <input type="checkbox"/> P.Mixto <input type="checkbox"/> Obs.

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Audiometría	Normal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> H_neur	Sens. Grado 1	Grado 2	Grado 3
	H. Conductiva	H. Mixta		
Optometría	Normal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Obs.	Diagnóstico		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma Sí No

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cod Diagnóstico

- * Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
- * M419 - ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA - DORSAL ASINTOMATICA
- * R635 - AUMENTO ANORMAL DE PESO - SOBREPESO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

MANTENER ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA HIPOCALÓRICA, ACTIVIDAD FÍSICA CARDIOVASCULAR, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDE AL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES:

Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacionaol, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente



DRA. CLAUDIA PATRICIA LARA HERRERA
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 52402951 LIC: 3295-18



Trabajador: GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO
CC: 32756610

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

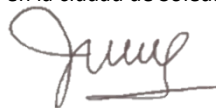
7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Febrero de 2025

Firma:



Nombre: GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO

Identificación: C.C. 32756610



Bogotá, Febrero / 22 de 2025



Señor (a): GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO
CC. 32756610
CR 47 66 35
BARRANQUILLA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 22 de 2007, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 32756610 expedida en BARRANQUILLA actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Febrero de 2025

Firma:

C.C 32756610

Nombre: **GENNY SOFIA GUZMAN NAVARRO**

