FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Contrato No.	1306-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Julian Camilo Murillo Ariza		
Nombre del supervisor y/o interventor	Cesar Leonardo Picón Arciniegas	**Teléfono / Extensión**	1701
Dependencia	Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres		
Objeto del contrato	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, PARA APOYAR LA ESTRUCTURACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y DESASTRES EN SALUD		
Fecha de inicio	miércoles, 17 de julio de 2024	**Fecha de terminacion**	lunes,16 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	17 de julio de 2024 - 30 de julio de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato	Se entrega el informe de gestión contractual del periodo comprendido entre el 17 al 30 de julio de 2024	Informe mensual	Ninguna
2	Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés	Las labores y gestión adelantadas a la fecha se han desarrollado en forma independiente, bajo mi propio riesgo y responsabilidad.	Informe mensual	Ninguna
3	Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	Para el presente periodo no realice ningún desplazamiento.	N/A	Ninguna
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía al supervisor del contrato.	No hubo novedades que reportar en el período del presente informe.	N/A	Ninguna
5	Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.	El contrato se encuentra en ejecución.	N/A	Ninguna
6	Pagar, en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al sistema de seguridad social integral.	Se realiza el pago de seguridad social correspondiente a los días laborados en el mes de julio de 2024 en la plataforma SOI.	Planilla de pago No. 7934301093	Ninguna

7	Atender los lineamientos dados por EL MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.	Han sido consultados y aplicados los procesos y formatos en lo pertinente a la gestión disponibles en la Intranet del Ministerio de Salud y Protección Social. – SIG.	N/A	Ninguna
8	Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por el MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	Se cumple con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados del Sistema de Seguridad de la Información.	N/A	Ninguna
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio.	El compromiso de confidencialidad fue firmado junto con el contrato.	SECOP II	Ninguna
10	Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato.	El contrato se encuentra en ejecución.	N/A	Ninguna
11	Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correpondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Hasta el momento se han cumplido todas las exigencias del Archivo General de la Nación.	N/A	Ninguna
12	Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	Respuesta al memorando 2024124000059883 del 06032024.	ControlDoc	Ninguna
13	Constituir en caso de ser necesario la garantía a favor de EL MINISTERIO Ministerio por los valores y los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, asimismo deberá cargarla en la plataforma SECOP II a mas tardar a los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptacion del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del Ministerio cuando a ello hubiere lugar.	Se constituyó la Póliza de cumplimiento Nº 25-46-101035031 de la Aseguradora Seguros del Estado S.A., con vigencia hasta el 08 de julio de 2025 a favor del Ministerio de Salud y Protección Social.	SECOP II	Ninguna
14	Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por EL/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL) y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes el Sistema de Seguridad Social Integral	La ARL Positiva certifica la afiliación con objeto del contrato No. 1306-2024 con fecha 17/07/2024	SECOP II	Ninguna
15	EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del	El contrato se encuentra en ejecución.	N/A	Ninguna

	último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.			
16	Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se entrega informe de ejecución del periodo 17 al 30 de julio de 2024.	Informe mensual	Ninguna
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formación y capacitación, Inducción Virtual”. Una vez terminada la inducción virtual, El/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.	El curso virtual de inducción y la evaluación del mismo fue realizado y certificado por el MSPS para el primer pago.	Certificación del curso virtual expedida por el MSPS	Ninguna
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	La actividad contratada se realiza con adecuados elementos de proteccion.	N/A	Ninguna
19	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Sin novedades para reportar	N/A	Ninguna
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Para el perido ejecutado no se participan en actividades relacionadas con la prevención y promoción.	N/A	Ninguna
21	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato	Reunión presencial de seguimiento a proyectos para viabilización, desarrollada el 17 de julio de 2024 Reunión presencial “Comité de coordinación de la OGTED“ celebrada el día 23 de julio.	Planillas de asistencia.	Ninguna

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres en la estructuración, formulación, actualización de guías, lineamientos, manuales, y protocolos con enfoque de gestión del riesgo y desastres en salud.	Se apoya la actualización de lineamientos y guías para el seguimiento a proyectos con asignación de recursos por parte de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres	Sesión presencial de seguimiento realizada el 23 de julio de 2024.	Ninguna
2	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres en la proyección de documentos técnicos que desarrollan sus competencias y objetivos.	Se apoya en la proyección del documento técnico de informe final para el cierre técnico y financiero de proyectos con asignación de recursos por parte de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, según Res. 737 de 2024.	Formato Informe Final actualizado	Ninguna
3	Apoyar en la alimentación, verificación y gestión de la calidad de la información registrada, de manera periódica, en la matriz general de asignaciones, las actividades de seguimiento y	Se genera la alimentación y verificación de la información registrada en la matriz general de asignaciones y seguimiento de proyectos,	Matriz de seguimiento a proyectos OGTED	Ninguna

	asistencia técnica en el marco de la gestión del riesgo de desastres en salud.	según la distribución realizada.		
4	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres en la estructuración, proyección y elaboración de respuestas a requerimientos de entes externos e internos, en el marco de las competencias de la Oficina.	Respuesta al memorando 2024124000059883 del 06032024.	ControlDoc	Ninguna
5	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, en la elaboración y revisión de conceptos técnicos que viabilizan proyectos de transporte asistencial, y los proyectos presentados en la modalidad de obras por impuestos y OCAD PAZ.	Para el presente periodo no fueron asignados proyectos de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, para emitir conceptos técnicos de viabilización.	N/A	Ninguna
6	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres en el seguimiento a los recursos asignados, las gestiones de reintegro de los rendimientos financieros generados, recursos que no fueron ejecutados ni comprometidos y cierre de las asignaciones realizadas a Entidades Territoriales y Empresas Sociales del Estado para cofinanciar proyectos en salud.	Se brinda apoyo al seguimiento de los proyectos asignados, que cuentan con giro de recursos por parte del Ministerio, generando un diagnóstico inicial e tramitando la documentación requerida por parte de las entidades receptoras para proyectar su respectivo cierre.	Matriz de seguimiento a proyectos OGTED	Ninguna
7	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres con la elaboración de documentos para presentar proyectos viabilizados ante el Comité Asesor para la Asignación de Recursos -CAAR.	Para el presente periodo no fueron asignados proyectos de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, para elaborar documentos de proyectos viabilizados para presentar ante el CAAR.	N/A	Ninguna
8	Apoyar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres brindando asistencia técnica y acompañamiento en las mesas de trabajo, reuniones y demás gestiones que le sean asignadas en desarrollo del objeto contractual, y dar seguimiento y cumplimiento a los compromisos adquiridos en dichos espacios.	Se brinda acompañamiento mediante asistencias técnicas y mesas de trabajo con el equipo encargado del seguimiento a proyectos con asignación de recursos por parte del Ministerio.	Planillas de asistencia de mesas de trabajo adelantadas en el periodo de ejecución.	Ninguna

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor

1	Procurar el cuidado integral de su salud.	Para el periodo ejecutado se realiza el cuidado integral de la salud.	N/A	Ninguna	
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	La actividad contratada se realiza con adecuados elementos de protección	N/A	Ninguna	
3	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales	En el presente periodo de pago no se dio la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	N/A	Ninguna	
4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales	Para el perido ejecutado no se participan en actividades relacionadas con la prevención y promoción.	N/A	Ninguna	
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO	Para el periodo ejecutado se cumple con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO	N/A	Ninguna	

Incluir recibid sea el

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firmado digitalmente por Julian Camilo Murillo Ariza

JULIAN CAMILO MURILLO ARIZA
Fecha**:** 01/08/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.

SI ☒ NO☐

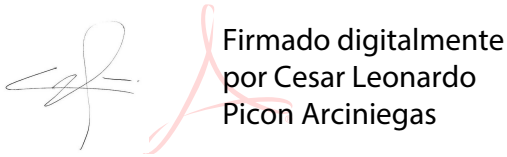
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

5. A la fecha SI ☐ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos relativos a la etapa de ejecución y la etapa postcontractual del presente contrato.

OBSERVACIONES	N/A

En constancia, firmo:



CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS
Supervisor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., jueves, 01 de agosto de 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF03**	**Versión**	**01**

(1) Contrato No.	MSPS-1306	de	2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			JULIAN CAMILO MURILLO ARIZA		
(3) Dirección:	Cra. 1ª sur No. 42 a 55 Apto 106		(4) Teléfono:	3014958305	
(5) Cédula y/o NIT:	93239034		(6) Correo electrónico:	jmurilloa@minsalud.gov.co	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS		
(8) Dependencia:	OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES		(9) No. Extensión o teléfono:	1717	
(10) Objeto:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, PARA APOYAR LA ESTRUCTURACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y DESASTRES EN SALUD				
(11) Plazo de ejecución:	CINCO (5) MESES				
(12) Fecha de inicio:	17 de julio de 2024		(13) Fecha terminación:	16 de diciembre de 2024	
(14) Valor inicial del contrato: $		$ 60.000.000,00			
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $			$ 12.000.000,00		
(16) Valor desplazamientos: $		$ 0,00			
(17) Adición ($):	$ 0,00				
(18) Prórroga (tiempo)					
(19) Suspensión					
(20) Cesión:					
(21) Concepto del pago:	PAGO No 1 DEL 2024-07-17 AL 2024-07-30 1306-2024				

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
$ 60.000.000,00	$ 0,00	$ 5.600.000,00	$ 0,00	$ 54.400.000,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 357.500,00	(28) Pensión valor aporte: $	$ 457.600,00
(29) ARL: $	$ 15.000,00		
(30) Planilla de pago No.	7934301093	(31) Fecha:	31/07/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El contratista, JULIAN CAMILO MURILLO ARIZA, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. MSPS-1306 de 2024, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar al contratista la suma de $ $ 5.600.000,00

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Cesar Leonardo Picon Arciniegas

CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS
Supervisor

(36) Fecha: 01/08/2024 Bogotá D. C.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN					
Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF02	Versión	06

Bogotá D.C., 01 de agosto de 2024

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo, Julian Camilo Murillo Ariza identificado con cedula de ciudadanía 93239034 de Ibagué Contrato de Prestación de Servicios No: 1306 de 2024
De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1. Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente **SI (X) NO ( )**

2. Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI ( ) NO (X)**

3. Tengo otros contratos suscritos con el Estado **SI ( ) NO (X)**
   (Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)

4. Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT **SI ( ) NO (X)**
   (Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

5. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI ( ) NO (X)** aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.

   (Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
JULIANA ISABELA MURILLO VARGAS	14	HIJA	NUIP 1107981360
MIA MURILLO VARGAS	8	HIJA	NUIP 1197470851

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

   Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: _____ **%.**

8. Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

9. Realizo aportes voluntarios Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

10. Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

11. Soy Pensionado **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

13. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (01) días del mes de Agosto de 2024

Firmado digitalmente por
Julian Camilo Murillo Ariza

Firma Electrónica

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF13	Versión:	03

Tipo de Persona	Persona Natural
Tipo de Acuerdo	Electrónico

Quien suscribe el presente, actuando en nombre propio y en el marco del contrato celebrado con el Ministerio de Salud y Protección Social y/o la empresa que representa u ostenta algún tipo de vinculación contractual, convengo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, de conformidad con el cual me comprometo a:

1 CONFIDENCIALIDAD

Proteger y mantener la confidencialidad de la información que en ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales suscrito tenga acceso o conocimiento. Toda la información que pueda conocer, acceder, manejar o generar como contratista durante la vigencia del Contrato, será confidencial e intransferible, salvo que sea calificada como pública por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

2 ALCANCE DE LA CONFIDENCIALIDAD

2.1 Que la información confidencial sólo será utilizada con el propósito de cumplir con el servicio contratado, quedándome prohibido compartirla con terceros. No se considera información confidencial cuando la misma (i) deba ser divulgada por disposición legal, por orden judicial o autoridad administrativa, que de acuerdo con las disposiciones constitucionales y/o legales sea competente para solicitarla, lo hagan para el debido ejercicio de sus funciones. (ii) Información por mí conocida antes de la suscripción del respectivo contrato de prestación de servicios profesionales, sin que la misma estuviese sujeta a ninguna obligación de confidencialidad o reserva legal.

2.2 No usar indebidamente la información confidencial, en consecuencia, no la revelaré, publicaré o daré a conocer, total o parcialmente, a ninguna persona a parte de los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, que específicamente necesiten conocerla para el cumplimiento de sus funciones.

2.3 Garantizar la aplicación de las medidas de seguridad que le sean exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como garantizar la protección y debido tratamiento de los datos personales y de la información confidencial para evitar divulgación, fuga, reproducción, almacenamiento o cualquier otro uso no autorizado.

2.4 Cumplir las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con las políticas de privacidad y protección de datos.

2.5 No emitir copias ni reproducir por medio alguno la información confidencial.

2.6 Mantener el carácter confidencial de la información aún después de terminado el contrato de prestación de servicios suscrito con MinSalud y/o con la empresa que represento u ostento algún tipo de vinculación contractual.

3 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Toda vez que podré tener acceso a datos de carácter personal adopto la posición jurídica de usuario dentro del proceso de administración de datos personales, por lo que debo garantizar los derechos fundamentales del titular de la información, previstos en la Constitución Política y en consecuencia me comprometo a lo siguiente, acorde con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y la Sentencia de la Corte Constitucional C748 de 2011:

- Guardar reserva de la información que me sea suministrada y utilizarla únicamente para los fines que justificaron la entrega, esto es, aquellos relacionados con la competencia funcional específica que motivó la solicitud de suministro del dato personal.
- Informar a los titulares del dato el uso que le esté dando al mismo.
- Conservar con las debidas seguridades la información recibida para impedir su deterioro, pérdida, alternación, uso no autorizado o fraudulento. y
- Cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control, en relación con el cumplimiento de la legislación estatutaria.

4 PROPIEDAD INTELECTUAL

Los archivos y las bases de datos que contienen la información confidencial son de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente, exclusivamente de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que reconozco por medio de este Compromiso, que no gozo de ningún derecho o licencia en relación con éstos y que la información allí contenida, se me revela únicamente para el cumplimiento de mis obligaciones contractuales. Del uso de la información confidencial que haga no se derivará derecho alguno de propiedad intelectual.

5 RESTITUCIÓN Y/O DESTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Me comprometo a restituir y/o a destruir inmediatamente reciba comunicación escrita del Ministerio de Salud y Protección Social en ese sentido, toda la información recibida, así como las notas, análisis, memorandos, datos de computador o cualquier otro trabajo elaborado con base en la misma; así como a no mantener en mi poder algún tipo de copia de esa información.

6 VIGENCIA

Me comprometo a mantener la confidencialidad de forma indefinida, respecto de la información a la que tuve acceso.

7 VALOR PROBATORIO

Reconozco valor probatorio al presente compromiso, el cual forma parte integral del contrato por mi suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social y/o con la empresa que represento u ostento algún tipo de vinculación contractual.

8 VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN

Acepto que el Ministerio de Salud y Protección Social se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información confidencial.

Ante el incumplimiento de estos compromisos, asumiré la responsabilidad penal y/o disciplinaria y/o fiscal y/o civil, a que hubiere lugar por todos los daños y perjuicios que se causen como consecuencia del incumplimiento de estos compromisos y de los manejos indebidos que se le dé a la información.

Para constancia, el presente se acepta a través de la plataforma SECOP II.

Firmado digitalmente por Julian Camilo Murillo Ariza

FORMATO ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GCOF03	Versión:	01

Contrato de prestación de Servicios No. 1306 de 2024

En cumplimiento de la Directiva Presidencial 09 de 2018, la Circular No. 39 del año 2019, y demás normas sobre austeridad del gasto y con el fin de hacer una utilización eficiente de los recursos del Ministerio, atendiendo a la naturaleza del contrato, el objeto y las obligaciones del mismo, la supervisión del contrato y el contratista acuerdan que, para garantizar una adecuada prestación de los servicios contratados, se requiere lo siguiente:

a. Tarjeta de Acceso: Si
b. Carnet Institucional: Si
c. Usuario institucional: Si
d. Puesto de actividades: Si
e. Extensión: No
f. Correo electrónico institucional: Si
g. Otros No
   ¿Cuáles? _____

Las partes declaran que el acuerdo al que han llegado en relación con los diferentes aspectos contenidos en este documento es el resultado de analizar el alcance de las obligaciones contractuales y las mejores condiciones para su prestación y que no implican subordinación o dependencia; y que, conocen con claridad y suficiencia que el contratista realizará las labores de forma independiente y autónoma, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.

Fecha: 01/08/2024

SUPERVISOR CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS Dependencia: OGTED	Firma Firmado digitalmente por Cesar Leonardo Picon Arciniegas

CONTRATISTA Nombre: JULIAN CAMILO MURILLO ARIZA	Firma Firmado digitalmente por Julian Camilo Murillo Ariza

Nota. La entrega de los insumos requeridos será suministrada por parte del Ministerio de acuerdo a la disponibilidad de recursos al momento de la firma del presente contrato.

SERVIR S.A.S.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
IPS EN MEDICINA DEL TRABAJO - MEDICINA LABORAL

NIT. 809006277-5
Lic SO 2153 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: 2645821
informacion@servirsas.com

CERTIFICADO MEDICO
CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
NO.30322

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN GENERAL

Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 30/08/2022
Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR
Empresa en Misión:
Documento: CC 93239034 **Nombre:** JULIAN CAMILO MURILLO ARIZA
Cargo APOYO ADMINISTRATIVO

CONCEPTOS **Temporalidad**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

CONDICIONES DE TRABAJO ADECUADAS Y SEGURAS
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD LABORAL
HIGIENE POSTURAL
CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD
PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTROL PERIÓDICO POR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR EPS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y POSTURAS ADECUADAS.

Remisión a EPS: NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ABAJO FIRMANTE: Certifico que he sido informado por el personal de SERVIR SAS, acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y exámenes complementarios a realizar. Por tal motivo dejo constancia de mi consentimiento para la realización de los exámenes referenciados en este documento. Manifiesto que comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos de los exámenes a realizar, por tal razón exonero de responsabilidad a SERVIR SAS y al médico abajo firmante, sobre el efecto que tenga el concepto de aptitud laboral emitido en el presente documento, sobre mi estabilidad y/o contratación laboral. De igual forma dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el Decreto 1373 de 2013 reglamentación parcial Ley 1581, autorizo expresamente a SERVIR SAS, para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos personales. A su vez manifiesto que he sido informado de los resultados de los exámenes realizados y de las recomendaciones a seguir. A demás manifiesto que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.

Concepto emitido por el medico evaluador, con base al examen medico ocupacional y a los examenes complementarios realizados. de acuerdo a lo solicitado por la empresa contratante, SG SST. El examen medico y paraclinicos, se realizaron bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Firma Trabajador
CC 93239034

Evaluado por: Liliana Hoyos Vallejo
RM. 26 - Lic.No. 884 Medico E.S.O

Escaneado con CamScanner

AUDIOMETRÍA

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Información paciente

Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: CC: 93239034
Cargo: Instructor Virtual
Fecha nacimiento: 12/11/1984
Edad: 38
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Teléfono: 3014958305
Dirección: Tolima, Ibagué, Crr 1 A Sur #42 A 55 Apto 106
Nº hijos: 2
ARL: Positiva compañía de seguros
EPS: EPS Sanitas

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 26/01/2023
Reposo auditivo: Si
Equipo: KAMPLEX KLD 21
Calibración equipo: FEBRERO 9 DE 2022
Observaciones:

Antecedentes personales

No hay antecedentes personales.

Antecedentes ocupacionales

No hay antecedentes ocupacionales.

Antecedentes familiares

No hay antecedentes familiares.

Antecedentes extralaborales

Antecedente extralaboral	Padece	Tiempo	Protección auditiva
Uso de audifonos	Si	Meses	No

Otoscopia

Oido derecho: NORMAL
Oido izquierdo: NORMAL

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Audiometría

Oido derecho

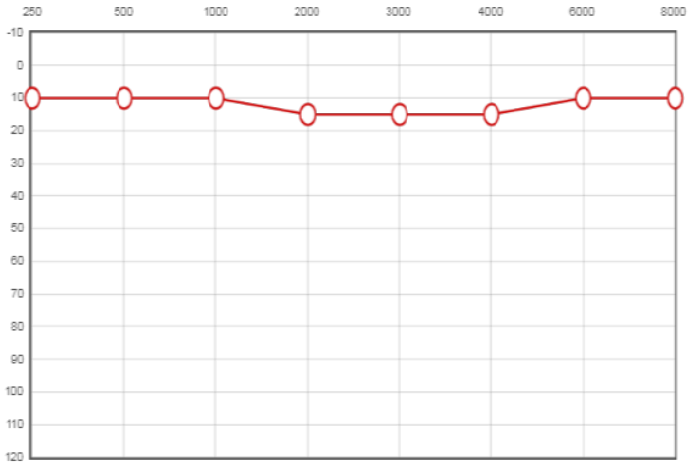
Vía aerea								Vía osea						
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz	8000 hz	250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz
10	10	10	15	15	15	10	10	-	-	-	-	-	-	-

Oido izquierdo

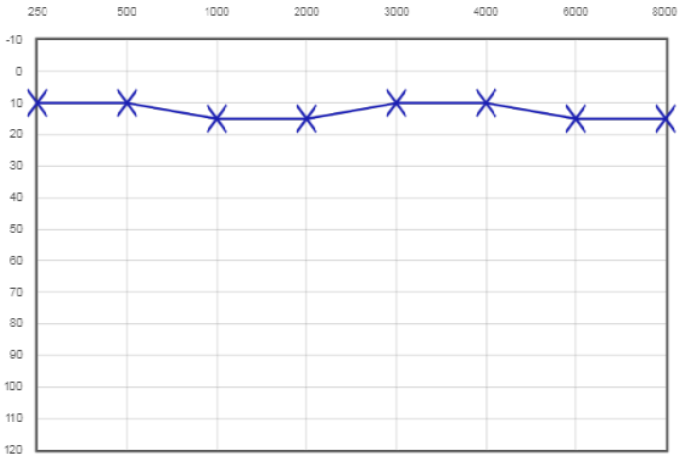
Vía aerea								Vía osea						
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz	8000 hz	250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz
10	10	15	15	10	10	15	15	-	-	-	-	-	-	-

Gráficas

Oído derecho



Oído izquierdo



PTA oido derecho: 12.5

PTA oido izquierdo: 12.5

Clasificación Eli

Oido derecho: B

Oido izquierdo: A

Clasificación Sal

Oido derecho: A

Oido izquierdo: A

Clasificación Larsen

Oido derecho:

Oido izquierdo:

Historico de audiometrias

Fecha consulta: 26/01/2023

Oído derecho

Vía aérea							
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
10	10	10	15	15	15	10	10

Vía osea						
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
-	-	-	-	-	-	-

Oído izquierdo

Vía aérea							
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
10	10	15	15	10	10	15	15

Vía osea						
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
-	-	-	-	-	-	-

Interpretación diagnostica: NORMAL

Observaciones y recomendaciones: CONTROL EN 1 AÑO.

Médico
Irian Nayive Aldana Molina
Profesión: Fonoaudiologa especialista en salud ocupacional
Registro: 02480

Aspirante o trabajador
Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: CC: 93239034

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

OPTOMETRÍA

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Información paciente

Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: CC: 93239034
Cargo: Instructor Virtual
Fecha nacimiento: 12/11/1984
Edad: 38
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Teléfono: 3014958305
Dirección: Tolima, Ibagué, Crr 1 A Sur #42 A 55 Apto 106
Nº hijos: 2
ARL: Positiva compañía de seguros
EPS: EPS Sanitas

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 26/01/2023

Factor de riesgo visual

Usa Lentes: No
Tipo de lentes:
Sintomatologia: USA GAFAS PERMANENTES CORRIGIENDO UN ASTIMATISMO

Visión lejana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**
20/70	20/20	20/50	20/20	20/50	20/20
Observaciones:					

Visión cercana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**
20/25	20/20	20/25	20/20	20/25	20/20
Observaciones:					

Examen externo ojo derecho:
LEVE HIPEREMIA

Examen externo ojo izquierdo:
LEVE HIPEREMIA

Motilidad PCC:
N

Cover test 20cm (CT):
N

Cover test 40cm (CT):
N

Cover test infinito ():
N

Oftalmoscopia Ojo derecho (OD):
MEDIOS TRANSPARENTES

Oftalmoscopia Ojo izquierdo (OI):
MEDIOS TRANSPARENTES

Distinción de colores:
24 FIGURAS

Estereopsis:
Arco 40"

Estado de corrección:
Normal

Refracción Ojo derecho (OD):
N-1,50X0

Refracción Ojo izquierdo (OI):
N-1,25X170

Observaciones:
Ninguna

Prescripción final

Ojo derecho (OD)	Adición	Agudeza visual	Distancia pupilar (D.P)
N-1,50X0	-	20/20	64
Ojo izquierdo (OI)	**Adición**	**Agudeza visual**	**Distancia pupilar (D.P)**
N-1,25X170	-	20/20	66

Interpretación diagnóstica: Astig. mixto
Recomendaciones: Uso permanente rx optica
Concepto laboral visual: ASTIGMATISMO, APTO CON CORRECCION OPTICA

Médico
Luz Stella Garzon Mendez
Profesión: Optometra
Registro: RM 1234

Aspirante o trabajador
Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: CC: 93239034

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LABORATORIO

Información paciente

Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: 93239034
Cargo: Instructor Virtual
Fecha nacimiento: 12/11/1984
Edad: 38
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Teléfono: 3014958305
Dirección: Crr 1 A Sur #42 A 55 Apto 106, Ibagué, Tolima
Nº hijos: 2
ARL: Positiva compañía de seguros
EPS: EPS Sanitas

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 27/01/2023

Hemograma completo

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Resultado:

WBC:		7.87		
10^9 /l	[5 - 10]			
LYM:		3.68	10^9 /l	[1.3 - 4]
MID:		0.43	10^9 /l	[0.15 - 0.7]
GRA:		3.77	10^9 /l	[2.5 - 7.5]
LYM%:	+	46.75	%	[25 - 40]
MID%:		5.40	%	[3 - 7]
GRA%:	-	47.85	%	[50 - 75]
RBC:	+	5.73	10^12 /l	[4.5 - 5.5]
HGB:		16.95	g/dl	[14 - 17.4]
HCT:		50.74	%	[45 - 52]
MCV:		88.53	fl	[84 - 96]
MCH:		29.57	pg	[27 - 32]
MCHC:		33.41	g/dl	[30 - 35]
RDWs:	+	50.78	fl	[20 - 42]
RDWcv:		13.44	%	
PLT:		305.19	10^9 /l	[150 - 400]
PCT:		0.25	%	
MPV:		8.05	fl	[8 - 15]
PDWs:		9.92	fl	
PDWcv:		36.90	%	

Observaciones:

Glicemia

Valor mínimo: **Valor máximo:** **Unidad:**

Resultado:

GLICEMIA :		81,00	mg/dl	70-100
	Colorimétrica			

Observaciones:

Parcial de orina

Valor mínimo: **Valor máximo:** **Unidad:**

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Resultado:

EXAMEN FISICO QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO	
Color:	Amarillo	Celulas Epiteliales:	1-3XC
Aspecto:	Lig. Turbio	Células renales:	-
Densidad:	1030	Leucocitos:	4-6XC
pH:	5,0	Piocitos:	-
Albumina:	Negativo		
Glucosa:	Negativo	Hematies:	-
Cetona:	Negativo	Moco:	-
Hemoglobina:	Negativo	Bacterias:	ESCASAS
Bilirrubina:	Negativo	Cilindros:	-
Urobilinogeno:	Normal	Cristales:	-
Nitritos:	Negativo	Levaduras:	-

Observaciones:

Perfil lipídico

	Resultado:	Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:
COLESTEROL TOTAL : Colorimétrica	219,00		Adultos Menor de 180 Niños Menor de 180	mg/dl
COLESTEROL HDL : PRECIPITANTE FOSFOTUNGSTICO	41,53		Alto riesgo < 35	mg/dl
COLESTEROL LDL : Colorimétrico	148,87		Alto riesgo > 110	mg/dl
TRIGLICERIDOS : Colorimétrico	143,00		70 - 150	mg/dl
COLESTEROL VLDL :	28,60		10 - 30	mg/dl
INDICE CORONARIO :	5,27		menor de 4.5	

Observaciones:

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Surgilab - Angela Patricia Barreto Sierra

Profesión: Bateriologa
Registro: TP 09555

Aspirante o trabajador

Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: 93239034

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

PRUEBA PSICOLÓGICA

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Información paciente

Empresa: PARTICULAR
Nombre completo: Julian Camilo Murillo Ariza
Cargo: Instructor Virtual
Edad: 38
Estado civil: Casado
Teléfono: 3014958305
Nº hijos: 2
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 93239034
Fecha nacimiento: 12/11/1984
Genero: Masculino
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Dirección: Tolima, Ibagué, Crr 1 A Sur #42 A 55 Apto 106
ARL: Positiva compañía de seguros

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 26/01/2023

Antecedentes personales

No hay antecedentes personales.

Antecedentes familiares

No hay antecedentes familiares.

Pruebas aplicadas

Escala DASS-21 (Depression anxiety and stress scale-21): este instrumento tiene como objetivo evaluar el grado de sintomatología relacionada con estrés, ansiedad y depresión, por lo tanto comprende tres subescalas (depresión, ansiedad y estrés). Con respecto a la escala Dass 21 se determina que el usuario no presenta sintomatología relacionada con depresión, ansiedad y estrés. Por lo cual, desde su salud mental puede desempañar sus labores sin ninguna restricción

Resultados

Según las puntuaciones obtenidas en los dos instrumentos aplicados, la paciente no presenta sintomatología significativa frente a distintas situaciones y contexto psicosocial.

Concepto

En cuanto a la valoración psicológica, se puede decir, el paciente cuenta la madurez psicológica para desempeñar las actividades relacionadas al cargo al que aplica, Su sistema de afrontamiento, su actitud frente a la vida y sus expectativas, son positivas. Cuenta con excelentes herramientas psicológicas para desempeñar el cargo.

Conclusiones

A través de la entrevista que se realiza al paciente manifiesta que vive con su esposa y sus hijas, niega la existencia de enfermedades médicas, niega antecedentes psiquiátricos o psicológicos o tratamientos con los mismos. Niega consumo de sustancias psi-coactivas, consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, siente motivación frente a las actividades que desempeña en su ambiente laboral, a nivel académico cuenta con estudios universitarios como Profesional en Ingeniería Industrial, cuenta con la experiencia necesaria, lo que la llevo a enriquecer sus capacidades y fortaleció su contexto psicosocial.

Recomendaciones

No refiere.

Jenny Esperanza Gómez Osorio
Profesión: Psicóloga
Registro: 210386

Jenny Esperanza Gómez Osorio

Aspirante o trabajador
Julian Camilo Murillo Ariza
Identificación: CC: 93239034

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009