HOJA DE VIDA



AMPARO URBINA ORTIZ

PERFIL PROFESIONAL

Egresado en auxiliar de enfermería, capacitado para Brindar un cuidado integral de enfermería a la persona, familia y comunidad, basado en el Proceso de atención de Enfermería (PAE). Hábil para desarrollar actividades preventivas, promociónales en el área de su competencia considerando las etapas del ciclo vital en todos los niveles de atención. Preparado para ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria. Dispuesto actuar con los fundamentos filosóficos de la profesión, en el cuidado integral del paciente, familia y comunidad, respetando la diversidad cultural; en base a principios ético morales. Capaz de ejercer un liderazgo democrático, promoviendo el trabajo en equipo, Utilizando una comunicación efectiva con la persona, familia y los miembros del equipo de enfermería, de salud y otros profesionales.

Datos Personales

Nombres	**AMPARO**
Apellidos	**URBINA ORTIZ**
Lugar de Nacimiento	*Bucaramanga*
Fecha de Nacimiento	*03 de septiembre de 1976*
Cédula de Ciudadanía	*37.545310*
Estado Civil	*Unión Libre*
Dirección	*Av. 11 Cll 34 No K38*
Ciudad	*Los Patios / Norte de Santander*
Celular	*3208838436*

Estudios Realizados

Secundarios

Instituto Educativo Nocturno

Fe Cultura piedad y letras

Bachiller Académico

Otros Estudios

Auxiliar de Enfermería

ESDISEÑOS

Toma de muestra para laboratorio

Clínico

ESDISEÑO

Primeros Auxilios

SENA

Soporte vital básico B.L.S

REANIME COLOMBIA SAS

Referencias Personales

Ibianllys Paola Villalobo

Contadora Pública

Cel 3133835674

Yolaima Pérez

Enfermera

Cel. 3118199098

AMPARO URBINA ORTIZ
C.C 37.545.310 DE BUCARAMANGA

Experiencia Laboral

ENTIDAD	*JOHANA CORRALES*
CARGO	*Auxiliar de Enfermería*
TIEMPO	*2 años*
JEFE INMEDIATO	*Johana Corrales*
TELEFONO	*3166398422*

Referencias Familiares

Eduardo Lee Culman

Intendente de Policía Nacional

Cel 3195585976

Yaneth Urbina

Vendedora Viomax

Cel 3124210719

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.545.310
URBINA ORTIZ
APELLIDOS
AMPARO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1976
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

02-NOV-1995 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2505400-00152965-F-0037545310-20090319 0010401760A 1 26277441

RESOLUCION Nº 005125 **DE 2017**

(11 DIC 2017)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación y el procedimiento de inscripción en el RETHUS.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010, Decreto 1875 de 1994 modificado por el Decreto 1352 de 2000.

C O N S I D E R A N D O:

Que la Ley 1164 de 2007, ley de talento humano en salud dispuso la creación del Registro Único Nacional de talento humano en salud, previo a un proceso de certificación que deberán adelantar los Colegios de Profesionales a quienes se les autorice tal actividad.

Que el Art. 9 del Decreto 4192 de 2010, dispone que hasta tanto no se deleguen las funciones al respectivo colegio de Profesionales, las Direcciones Territoriales de salud continuaran realizando el reconocimiento de los requisitos para ejercer la profesión u ocupación.

Que el Decreto 4904 de 2009 dicta disposiciones especiales definiendo los programas en las áreas auxiliares de la salud en los numerales 6.1 y subsiguientes.

Que **AMPARO URBINA ORTIZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 37545310 expedida en Bucaramanga,Santander, ha solicitado la autorización para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que le otorgó EL INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS IBES, en la ciudad de Cúcuta, el día 10 de Diciembre de 2016.

Que estudiada la documentación presentada por la solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto anteriormente,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO:- Autorizar a **AMPARO URBINA ORTIZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 37545310 expedida en Bucaramanga,Santander, para ejercer como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO:- Realizar el procedimiento de inscripción en el REGISTRO UNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS).

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en Cúcuta a 11 DIC 2017

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
DIRECTOR

Elaboro: Milena López
Reviso: Luis Alfredo Toscano
Reviso: Henry Mantilla Blanco

UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14460356103

(415)7707212489984(8020) 000001446035610 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 5 4 5 3 1 0	2	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	3 7 5 4 5 3 1 0	1 9 9 5 1 1 0 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URBINA	ORTIZ	AMPARO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Los Patios 4 0 5

41. Dirección principal
AV 11 CL 34 K 38 BRR LOS COLORADOS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ortizamparo213@gmail.com		3 2 0 8 8 3 8 4 3 6	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 0 2 2 1					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 2 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre VALENCIA GALVIS MARIBEL
985. Cargo: Gestor I

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado de Vacunación

Institución: Comfanorte

Nombre: Amparo Urbina C.

Identificación: 37.545310 Tel:

Comfanorte IPS Cace Central Servicio de Vacunacion

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1°	27/06/16	UFX15008	
HB	2°	27/07/16	UFX15004	
HB	3°	27/08/16	UFX15007	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TRIPLE VIRAL		27/07/2016	0B1410Z	

Comfanorte IPS Cace Central Servicio de Vacunacion

VACUNA CONTRA EL SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA Viva, Atenuada

Dosis : 0,5 ml SC
Cada dosis contiene
1000 CCID 50 de virus Sarampionosa
5000 CCID 50 de virus Parotidis
1000 CCID 50 de virus Rubeola
Reconstituyase con 0,5 ml diluyente
No administrar la vacuna durante el embarazo
Conservar a 2-8°C Proteger de la luz
Cumple con los requisitos de la O.M.S.
NUM DE MATRICULA DE FAB

Fabricado por:
SERUM INSTITUTE OF INDIA LTD.
212/2, Hadapsar, Pune 411 028, INDIA.
Imp: SII / APODERADO SII / SILCOV S.A.S

Recomvax B -(20 µg/1 ml) Adult 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B RECOMBINANTE
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre 2°C
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar.
Voie intramusculaire/Intramuscular route/Via intramuscular.

Fab/Manuf.: LG Life Sciences Ltd.
Dist.: Sanofi Pasteur Ltd.

Lot. No.: UFX15004
Mfg date: 17 Mar.15
Expiry date: 16 Mar.18

LGLBCF: 1G GJ4 0804

CO.450150920

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 37545310

Primer Nombre * amparo

Primer Apellido * urbina

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	37545310	AMPARO		URBINA	ORTIZ	Ver

Información Detallada [CC: 37545310] AMPARO URBINA ORTIZ

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017/12/11	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Bolivariano Esdiseños

Resolución Oficial N°. 2283 del 04 de Noviembre de 2015
Otorgado por la Secretaría de Educación Municipal de San José de Cúcuta

Confiere a:

Amparo Urbina Ortiz

Documento de Identidad N°. 37.545.310 de Bucaramanga

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los módulos teóricos - prácticos
exigidos por la institución, Resolución Oficial N°. 002434 del 10 de Noviembre de 2011
con una intensidad total de 1800 horas

Director General - Rector

Registrado en el Libro N°. 1 Folio N°. 166 Diploma N°. 77
Dado en San José de Cúcuta a los 10 días del mes de Diciembre 2016

Secretaria

Acta de Grado 15

Instituto Educativo Nocturno
Fe Cultura Piedad y Letras
Los Patios – Norte de Santander

En el municipio de Los Patios (N. de S.), a los 7 días del mes de diciembre del año 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del *Instituto Educativo Nocturno Fe Cultura Piedad y Letras*

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica, mediante reconocimiento oficial de estudios N° 004447 del 14 de noviembre de 2008 de la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el título de *Bachiller en la Modalidad Académica*

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el *título de:*

Bachiller Académico

A:

Amparo Urbina Ortíz

Identificada con C.C. N° 37545310 de Bucaramanga

Es fiel copia del Acta General N°15 de fecha 7 de diciembre de 2013
Firmada y sellada por el Rector y la Secretaria del Instituto

Dada en el Municipio de Los Patios, a los 7 días del mes de diciembre de 2013

Esp. Luis Eduardo Triana Peñaranda
C.C. 13.467.377 ~~de Cúcuta~~
Rector

Carolina Rodríguez Quintero
C.C. 60.314.784 de Cúcuta
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
REANIME COLOMBIA S.A.S.

Matricula Mercantil 00240382 del 14 de Diciembre de 2012
Decreto 114 del 15 de Enero de 1996
Ley 1064 del 26 de Julio de 2006
Decreto 4904 del 16 de Diciembre de 2009

REANIME COLOMBIA S.A.S.

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO - B.L.S.

Entrenamiento en la Atención Vital de Pacientes Adultos, Pediátricos y Neonatales

SE OTORGA EN CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PROPUESTOS A:

AMPARO URBINA ORTIZ

Identificado(a) con el documento de identidad No. 37545310

Con una intensidad de 20 horas

Elkin Eduardo Uribe Silva
Representante Legal Reanime Colombia

Katherine Moncada L.
Secretaria Académica

María Fernanda Arias V.
Especialista en Cuidado Critico

Anotado en el Folio No. 17 , Reg No. 11 del Libro No. 1 de Certificados - Dado en San Jose de Cucuta en la fecha: 24-01-2018
Para verificar la validez de este Certificado consulte la pagina web http://www.reanimecolombia.com/consulte.php

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

AMPARO URBINA ORTIZ

Con Cedula de Ciudadania No. 37.545.310

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Los Patios, a los ocho (8) dias del mes de abril de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO RIVERA SIERRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO RIVERA SIERRA
Subdirector
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

43055464 - 08/04/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9537001393217CC37545310C.

INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Resolución SEM N°. 2283 del 04 de Noviembre de 2015
Fundado en 2002

CERTIFICA QUE :

AMPARO URBINA ORTIZ

Documento de Identidad N° 37.545.310 de Bucaramanga

Asistió al Diplomado en:

TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 120 horas

Expedida en San José de Cúcuta a los 27 días del mes de Noviembre de 2016

Frank E Corredor Niño
Rector
NIT. 72292430-8

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 37545310

¿ Cuanto es 3 X 5? 15

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) AMPARO URBINA ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 37545310.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, junio 21, 2018 - Hora de consulta: 14:52:41

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.4

Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 21 de junio de 2018, a las 14:54:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	37545310
Código de Verificación	37545310180621145434

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:59:19 horas del 21/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **37545310**

Apellidos y Nombres: **URBINA ORTIZ AMPARO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

NeuroAliados MEDICINA ESPECIALIZADA	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	NA-A-01-F11
		Versión 4

CONTRATO No. NAC-201901-070

CONTRATO No.:	**NAC-201901-070**
CONTRATISTA:	**AMPARO URBINA ORTIZ**
TIPO Y NUMERO IDENTIFICACION:	**C.C. 37.545.310**
TARJETA PROFESIONAL:	**5125**
MODALIDAD:	**EVENTO**
VIGENCIA:	**CUATRO MESES**
FECHA INICIO DE SERVICIO:	**01 DE ENERO DE 2019**
SERVICIO CONTRATADO:	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN PROCEDIMIENTOS MENORES EN DOMICILIO EN LA CIUDAD DE CUCUTA**

Entre los suscritos **AMPARO URBINA ORTIZ**, mayor de edad, identificado(a) con **C.C. No. 37.545.310**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, y por otra parte, **EMAD MUSTAFA SALEH ATTALAH**, mayor de edad, identificado con la cédula de extranjería No. **303591**, domiciliado en Cúcuta, actuando en Nombre y Representación Legal de **NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA SAS,** con **NIT 900.471.992-6**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios por **EVENTO**, el cual se regirá por las siguientes clausulas: **PRIMERA.-Objeto**. **EL CONTRATISTA** se obliga con **EL CONTRATANTE** a prestar los servicios y actividades propias de la actividad profesional contratada bajo su propia cuenta y riesgo y el tiempo necesario y suficiente que implique la ejecución del contrato, establecido en el documento de disponibilidad suscrito por **EL CONTRATISTA**, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y clausulas adicionales del presente documento. **Parágrafo1:** El documento de disponibilidad suscrito por **EL CONTRATISTA**, debe ser entregado tres días antes de comenzar la actividad. **Parágrafo2:** De acuerdo a la disponibilidad reportada, **EL CONTRATANTE** le asignará la actividad a realizar **AL CONTRATISTA,** quien debe informar por escrito si acepta o no realizarla**. Parágrafo3:** La(s) autorización(es) de servicios hace parte integral de este contrato en la medida en que este(os) documento(s) consagra(n) el(os) servicio(s) que deberá prestar **EL CONTRATISTA. . Parágrafo 4:** Cada Autorización de servicio se deberá registrar en el formato **NA-A-01-F22 DISPONIBILIDAD Y ASIGNACION DE ORDENES DE SERVICIO**, con la debida firma de aceptación de ejecución del servicio. **Parágrafo 5: EL (LA) CONTRATISTA** cumplirá el objeto contractual en las instalaciones de NEUROALIADSOS S.A.S. y/o en el domicilio del paciente ubicado en la ciudad de **CUCUTA**. **SEGUNDA.- Vigencia**. LA VIGENCIA del presente contrato es de **CUATRO MESES** o antes del término pactado si **EL CONTRATISTA** culminó los servicios de que trata(n) la(s) autorización(es) en referencia. **TERCERA.-Valor**. El valor MAXIMO pactado como pago a la prestación de

CONTRATO No. NAC-201901-070

servicios será de ($**5.328.000 M/CTE**) **CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE**, valor que dependerá de la disponibilidad reportada, de la orden de servicio y del cumplimiento total de la orden de prestación de servicios (autorización(es) del servicio) **CUARTA.- Requisitos de Pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado previos requisitos presentados al contratante así: **1.** Durante los días 1 al 5 de del mes siguiente al servicio prestado se le recibirá, por parte de la persona asignada por **EL CONTRATANTE,** la cuenta de cobro **2.** Dicha cuenta de cobro deberá cumplir con los requisitos de Ley y deberá estar acompañada de copia del recibo de pago de los Aportes al Sistema General de Seguridad Social, Pensiones, Salud, ARL, correspondiente al periodo en que realizó el servicio. **Parágrafo1:** Los documentos entregados como prueba de su actividad realizada y los requisitos antes mencionados serán objeto de auditoria por parte de **EL CONTRATANTE. Parágrafo2:** El pago se realizará dentro de los últimos 5 días de cada mes, siempre y cuando haya cumplido con los requisitos, anteriormente mencionados, y aprobada la respectiva auditoría. **QUINTA.- Obligaciones de EL CONTRATANTE.** Deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligada a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento. **SEXTA.- Obligaciones de EL CONTRATISTA.** 1) Deberá prestar sus servicios profesionales de manera eficiente y oportuna, y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. 2) Deberá allegar en debida forma todos los requisitos mencionados con la respectiva cuenta de cobro al contratante dentro del término señalado 3) Se compromete a pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social, dentro de los 5 días siguientes a la firma del contrato, y hará entrega del reporte de la planilla de pago, dentro de este mismo periodo, a la persona designada por parte de **EL CONTRATANTE**. 4) Informar de manera inmediata al **CONTRATANTE** cuando se encuentre en incapacidad de cumplir el presente contrato y/o informar previamente por escrito cuando sea otro profesional el que vaya a realizar un reemplazo durante la ejecución del contrato, bien sea para aceptarlo o para asignar otro profesional que continúe con la ejecución del presente contrato debido a la complejidad de los servicios prestados. 5) Durante la ejecución del contrato se prestará un servicio de calidad, acompañando al paciente durante la disponibilidad establecida en la Cláusula Séptima, velando por la integridad y la salud del usuario, y poniendo en práctica su formación profesional en aras de mejorar la calidad de vida de los usuarios. **Parágrafo 1**: en caso de no realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social, dentro de los 5 días siguientes a la firma del presente contrato EL CONTRATANTE podrá darlo por terminado el contrato unilateralmente. **SEPTIMA. Tiempo de Ejecución para las Actividades a Realizar por parte de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA** deberá informar por escrito al **CONTRATANTE** como mínimo con tres días de anticipación al

CONTRATO No. NAC-201901-070

inicio de la actividad sobre el tiempo disponible para realizar la ejecución de las labores encomendadas por NEUROALIADOS SAS, ya sea en las instalaciones donde se contrata el servicio o en los domicilios de los pacientes cuando deba prestar servicios de atención domiciliaria. **EL CONTRATISTA** deberá informar por escrito, en caso de realizar algún cambio en la disponibilidad de tiempo, el cual no debe ser inferior a dos (2) días. **OCTAVA.-Terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado: a) Por vencimiento del termino pactado b) Por mutuo acuerdo entre las partes c) De manera unilateral por parte de **EL CONTRATANTE** y de manera inmediata, por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, sin que ello otorgue derecho **AL CONTRATISTA** de reclamar ni judicial ni extrajudicialmente indemnización alguna d) Unilateralmente y por parte del **CONTRATANTE** cuando se pruebe que existió irregularidades en las cuentas de cobro o en los servicios prestados, bien sea en evoluciones, historias clínicas o procedimientos cobrados y no realizados. **NOVENA.-Confidencialidad. EL CONTRATISTA** manifiesta conocer los protocolos de seguridad en los manejos de información privilegiada que le provea o conozca del Empleador, en especial sobre el manejo de la Historias Clínicas y se compromete a no divulgar ningún tipo de información que le ha sido confiada quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización del Comité de Historias Clínicas. De la misma manera **EL CONTRATISTA** manifiesta que entiende el deber que le asiste de secreto y reserva legal, y que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en la presente clausula, intencionadamente, por descuido, desidia o negligencia, bien sea por culpa, dolo o preterintención, podrían implicar en su caso, en primer lugar las investigaciones penales a las que haya lugar, por parte de las autoridades judiciales, así como la respectiva investigación interna por parte del **CONTRATANTE** y la posible reclamación por parte de la misma de los posibles daños y perjuicios causados a los usuarios que se hayan visto afectados por sus actos. **DECIMA.- Independencia de EL CONTRATISTA. . EL CONTRATISTA** actuará por su propia cuenta y riesgo, con sus propios insumos, con absoluta autonomía y no estará sometido(a) a subordinación por parte de **EL CONTRATANTE**, y sus derechos se limitarán de acuerdo con la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATANTE** y al pago de las tarifas estipuladas por la prestación del servicio. **DECIMA PRIMERA- Exclusión de la Relación Laboral.** Queda claramente entendido que no existirá relación laboral alguna entre **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA** o el personal que ésta utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA SEGUNDA CESIÓN DEL CONTRATO. EL CONTRATISTA** no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del **CONTRATANTE**. **DECIMA TERCERA.-DOMICILIO CONTRACTUAL.** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Cúcuta y las notificaciones será recibidos por las partes en las siguientes direcciones: por **EL CONTRATISTA**, Av

CONTRATO No. NAC-201901-070

11 N° K-38 Los Colorados, de la ciudad de **Cúcuta,** y por **EL CONTRATANTE** en la Calle 14A N° 2E-85 Caobos en la ciudad de Cúcuta. **DECIMA CUARTA:** El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. De Conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor y valor ante testigo, a los **(01)** día(s) del mes de **ENERO** del año **2019**.

EL CONTRATISTA

AMPARO URBINA ORTIZ
C.C. 37.545.310

EL CONTRATANTE

EMAD MUSTAFA SALEH ATTALAH
C.E. No. 303591

EL TESTIGO

BELKIS XIOMARA QUINTERO GARCIA
Jefe Talento Humano