HOJA DE VIDA



DERLYS VILLAMIZAR VERA
Calle35 # 1E- 39 barrio 12 de octubre
Los Patios Norte de Santander
Celular.3208290136
EMAIL: devill58@hotmail.com

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de Nacimiento: septiembre 15 de 1984

Edad: 32 años

Género: Femenino

Estado Civil: casada

Cedula de Ciudadanía: 60267382 de Pamplona

2. PERFIL PROFESIONAL

Profesional en Fisioterapia egresada de la Universidad de Pamplona, de alta formación humanística, investigativa, científica y técnica, con actitud abierta hacia el cambio y al progreso de la ciencia, que asume críticamente los saberes. Competente para evaluar, diagnosticar, alteraciones neuromusculares, esqueléticas y respiratorias, capaz de tomar decisiones en cuanto a la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones necesarias para recuperar la capacidad funcional del individuo. Orientando el saber científico y su desempeño hacia las áreas asistencial, administrativa, docente e investigativas con proyección a la labor social.

3. FORMACIÓN ACADEMICA

UNIVERSITARIA
FISIOTERAPEUTA
Universidad de Pamplona
Pamplona Norte de Santander
Marzo de 2014

CAPACITACIONES
ACTUALIZACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Diciembre 15 de 2014

ISO 9001:2008 MODULO I: FUNDAMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Abril 30 de 2014

II CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Participación como ponente modalidad oral
Proyecto: "Cumplimiento en la Implementación de los requerimientos mínimos de bioseguridad en la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta"
Pamplona Norte de Santander.
Noviembre 16 de 2013.

DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL Y ERGONOMIA
Cúcuta – Norte de Santander
16 de Julio de 2013.

I SIMPOSIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Clínica Santa Ana
Cúcuta, Norte de Santander
29 de noviembre de 2013

CURSO TALLER DE VENTILACIÓN MECÁNICA
AMCI Regional Norte de Santander
Cúcuta, Norte de Santander
Abril 5 y 6 de 2013

CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
SENA
11 DE SEPTIEMBRE DE 2013

PRIMER JORNADA DE ACTUALIZACIÒN Y EN DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO
Universidad de Pamplona
Octubre 6 Y 7 de 2007
Pamplona norte de Santander

SEMINARIO TALLER DE FERULAJE Y REHABILITACIÒN DE MIEMBRO SUPERIOR
Universidad de Pamplona
Junio 2- 4 de 2006
Pamplona Norte de Santander

MASAJE TERAPÉUTICO
COMFAORIENTE
40 horas
Mayo 13 de 2003

PRIMER ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE ACUPUNTURA Y MEDICINA TRADICIONAL
Universidad de pamplona
Marzo 21-24 de 2003
Villa Rosario Norte de Santander

SALUD OCUPACIONAL
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

SALUD OCUPACIONAL: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCION DE ACCIDENTES
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

INFORMÁTICA: BÁSICA
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

ENGLISH DISCOVERIES BASIC I

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
ENGLISH DISCOVERIES INTERMEDIO I
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

4. EXPERIENCIA LABORAL

FUNDACIÒN OASIS PARA LAS NACIONES
Los Patios Norte de Santander
Duración inicio: 18 de mayo 2015 **finaliza** 27 de mayo 2016
Funciones:
Valoración fisioterapéutica
Realizar intervención fisioterapéutica
Sistematización de historias clínicas
Actividades de promoción y prevención: participación de actividades con población vulnerable

Supervisor:
Mery Bautista Contreras
Psicóloga
Cel. 3002127521

CENTRO DE DESARROLLO INTERGRAL FUNDAINALCO
Villa Rosario Norte de Santander
Duración inicio: abril 28 de 2016
Funciones:
Valoración fisioterapéutica de los niños que asisten al CDI
Realizar intervención basada en técnicas fisioterapéuticas
Sistematización de historias clínicas

Supervisor:
Lisbeth Pérez
Cel. 3125259869

5. REFERENCIAS PERSONALES

1. Francisco Villamizar vera
   Asesor de seguros
   Cel 3203492960

2. Margarita Maria Quintero Vera
   Psicologa
   Cel 3134568202

3. Neira Cecilia Vera Rojas
   Aux. Servicios de salud
   Cel. 3144864830

4. Nelcy Marley Villamizar Vera
   Fisioterapeuta
   Cel. 3125390067

DERLYS VILLAMIZAR VERA
C.C 60267382



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.267.382

VILLAMIZAR VERA
APELLIDOS

DERLYS
NOMBRES

Derlys Villamizar Vera
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1984
CHITAGA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-DIC-2002 PAMPLONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2506400-55116941-F-0060267382-20030812 0511303224A 01 137624745

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 07/08/2017 17:03:10
Estación de origen: 181.57.167.14

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	60267382
NOMBRES	DERLYS
APELLIDOS	VILLAMIZAR VERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	CUCUTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAFESALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

Registro Único de Afiliados a la Protección Social - RUAF

Usuario: DummyUser

Generado en: 08/07/2017 05:05:34 p.m.

AFILIACIONES DE UNA PERSONA EN EL SISTEMA

Resumen de parametros: Ninguno

Datos básicos de la persona

Fecha de Corte: 13/06/2017

Identificación	Nombre	Sexo
CC 60267382	DERLYS VILLAMIZAR VERA	FEMENINO

Afiliaciones a Salud

Fecha de Corte: 30/04/2017

Régimen	Administradora	Fecha Afiliación Entidad	Estado del Afiliado	Tipo de Afiliado	Ubicación de la Afiliación
SALUD: CONTRIBUTIVO	CAFESALUD EPS	2016-02-01	Activo	Beneficiario	Norte de Santander - CÚCUTA

Afiliaciones a Pensiones

Fecha de Corte: 13/06/2017

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de la Afiliación	Afiliación Subsidiada
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2016-11-22	Inactivo	No

Afiliaciones a Riesgos Laborales

Fecha de Corte: 13/06/2017

Esta persona no tiene afiliaciones a Riesgos Laborales

Afiliaciones a Compensación Familiar

Fecha de Corte: 13/06/2017

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de la Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Ubicación Laboral
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	2009-06-18	INACTIVO	Cónyuge o Compañero (a) permanente		Norte de Santander - CÚCUTA
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2016-02-24	Activo	Cónyuge o Compañero (a) permanente		Bogotá, D.C. - BOGOTÁ

Certificado de Vacunación

Institución: Cruz Roja Colombiana.

Nombre: Luis Villamizar.

Identificación: 60267582 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hb	1°	19-2-13	UFHA08	Mayen
Hb	2°	20-3-13	UFHA08	Mayen
Hb	3°	22-4-13	UFHA08	Mayen

cortesía sanofi pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
T.D.	5ª	19-02-13	Serum 024B100710	
Influenza AH1N1		21-8-13	U28702	Mayen

COMG0508031

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: 60267382

¿ Cuanto es 3 X 5? 15

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) DERLYS VILLAMIZAR VERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 60267382.

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 07, 2018 - Hora de consulta: 11:25:41

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui 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 aqui 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:25:30 horas del 07/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **60267382**
Apellidos y Nombres: **VILLAMIZAR VERA DERLYS**

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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

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 07 de junio de 2018, a las 11:26:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	60267382
Código de Verificación	602673821806071126 30

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14330915833

(415)7707212489984(8020) 000001433091583 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 6 0 2 6 7 3 8 2 – 3

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Cúcuta 7

14. Buzón electrónico

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	6 0 2 6 7 3 8 2	2 0 0 2 1 2 1 9

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLAMIZAR	VERA	DERLYS	

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	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 35 1 E 39 BRR DOCE DE OCTUBRE

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
devill58@hotmail.com		3 2 0 8 2 9 0 1 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 4 0 1 0 1					2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
53. Código:	2 0																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 3 2 0

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: ZULUAGA VALENCIA DIEGO ALFONSO

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-03-2015 01:55:37PM

PÓLIZA Nº
1010936

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
7	11	2018	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	20406807-DERLYS VILLAMIZAR VERA	CC	60.267.382
DIRECCIÓN	CL 35 1E 39 DOCE DE OCTUBRE, LOS PATIOS, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO	3208290136
ASEGURADO	20406807-DERLYS VILLAMIZAR VERA	CC	60.267.382
DIRECCIÓN	CL 35 1E 39 DOCE DE OCTUBRE, LOS PATIOS, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO	3208290136

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
CUCUTA	604	6	7	11	2018	7	11	2018	00:00	7	11	2019	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00	4. CONTADO - 30	$ 50,000,000.00

CARGAR A:

Riesgo: 1 -
NEUROALIADOS - NEUROCOOP, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	50,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	50,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	50,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	50,000,000.00	SI	64,000.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO			
5	*PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS D	50,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	50,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	5,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	2,500,000.00		
8	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	15,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO			
9	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	10,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	5,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO			

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
AFECTADOS TERCEROS	CC 001	100.000 %	NO APLICA

RCP-025-2 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDÍO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	$********64,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	$******12,160.00
AJUSTE AL PESO	$**********0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	$******76,160.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

SOMOS ENTIDAD DE ECONOMÍA MIXTA, EN LA QUE EL ESTADO TIENE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 90%, POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

07/11/2018 14:00:35

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
6227	2	SANDRA MARITZA PABON B		

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010936 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION | **0**

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL

TOMADOR:
NOMBRE: DERLYS VILLAMIZAR VERA
C.C. 60.267.382
DIRECCIÓN: CALLE 35 1E-39 LOS PATIOS

ASEGURADO:
NOMBRE: DERLYS VILLAMIZAR VERA
C.C. 60.267.382
DIRECCIÓN: CALLE 35 1E-39 LOS PATIOS

ESPECIALIDAD: FISIOTERAPEUTA

CLASE: CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

VIGENCIA: DOCE MESES, INICIO DE VIGENCIA A SER ACORDADO

OBJETO DEL SEGURO:
Amparar la responsabilidad civil profesional médica en que incurra el asegurado, exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios de salud en el ejercicio de su profesión y especialidad declarada, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza

Se ampara adicionalmente los perjuicios causados por el asegurado dentro de su consultorio por causas diferentes al desempeño profesional amparando los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a terceros, como consecuencia de un hecho de carácter accidental, súbito e imprevisto imputable al asegurado, de acuerdo con la ley colombiana, que causen la muerte, lesión o menoscabo en la salud de las personas (daños personales) y/o el deterioro o destrucción de bienes (daños materiales) y perjuicios económicos.

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad SUNSET

CLAUSULADO: Condicionado Previsora RCP-025-0

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

SUMA A ASEGURAR: $50.000.000 evento / vigencia

DEDUCIBLES:
1.Gastos médicos: sin deducible
2.Gastos judiciales, de defensa o abogados: 10% de los gastos incurridos
3.Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

SUBLÍMITES
1.Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.
2.Gastos judiciales, de defensa o de abogados, sublimitado a 10% por evento y 20% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
3.Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% por evento y 30% por vigencia. Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

AMPAROS
Responsabilidad civil profesional médica:
Texto Continua en Hojas de Anexos...

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010936 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	**0**

1.Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.
2.Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3.Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4.Responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:
a.Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b.Equipos de rayos x para terapéutica
c.Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d.Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e.Equipos de generación de rayos laser
f.Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.
Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

Responsabilidad civil general:
5.Amparo para nuevos predios y/o operaciones con previo aviso a la aseguradora. Esta cobertura aplica únicamente para la sección de Responsabilidad Civil General P.L.O.
6.Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7.Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8.Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza, hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza. Para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9.La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10.Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
a.Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
b.Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza o dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:
Texto Continua en Hojas de Anexos...

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010936 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.Responsabilidad civil del asegurado como propietario, socio, accionista, director, director ejecutivo, administrador, jefe de departamento, jefe de equipo, jefe de guardia, jefe de servicio, director médico, o en cualquier capacidad administrativa y/o propietaria de un hospital, clínica, sanatorio, laboratorio, banco de sangre o centro médico, o cualquier otro proveedor de servicios de la salud no declarado expresamente en la solicitud de seguro.
2.Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado; incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros, empleados y pacientes.
3.Actos médicos prohibidos por leyes específicas, o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes.
4.Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares.
5.Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente".
6.Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
7.El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
8.Daños genéticos en el caso que se determine que ellos hayan sido causados por un factor heredado.
9.La provocación intencional de los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
10.Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión.
11.Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / HIV y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
12.Actos médicos para el control de peso que incluyan la prescripción de drogas y/o procedimientos quirúrgicos tales como gastroplastía transversal, "by-pass" intestinal, lipoaspiración o lipoescultura.
13.Filtraciones, contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes.
14.Toda multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
15.Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión corporal y/o muerte o un daño a la propiedad amparado, causado por el tratamiento de un paciente.
16.Cualquier acción que atente contra la integridad sexual, ya sea catalogada como tal bajo el derecho penal o no.
17.La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe. Contagiosa o transmisible.
18.Daños causados por la aplicación de anestesia general, o que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si la misma no fue aplicada por un especialista en un establecimiento acreditado para esto.
19.Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
20.Para el caso de cirugía plástica o estética, solamente se otorga cobertura para la cirugía reconstructiva posterior un accidente y la cirugía correctiva de anormalidades congénitas, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
21.Responsabilidad civil por fallas en el suministro
22.Reclamaciones propias de otra clase de seguros
23.Restablecimiento de la suma asegurada
24.Renovación automática
25.Enfermedades profesionales
26.Daños genéticos a personas o animales.
27.Toda clase de eventos ocurridos fuera del territorio de la república de Colombia.
28.Eventos que ocurran fuera de la vigencia de esta póliza.
29.Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010936 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	**0**

1.Definición de siniestro: para los efectos del presente seguro, se entiende el siniestro como el hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o a la compañía aseguradora de manera fehaciente y por vía judicial o extrajudicial, durante la vigencia de la póliza o dentro de un plazo máximo de dos (2) años corrientes, contados a partir de la terminación de la misma.
2. Límite temporal: la cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se puede imputar una responsabilidad al asegurado, ocurridos antes de la vigencia de la presente póliza, aun cuando la reclamación por las consecuencias de tales hechos se presentare durante la vigencia.
3. Revocación de la póliza con aviso de 30 días.
4. Ampliación aviso de siniestro 15 días.
5. Designación de ajustadores de mutuo acuerdo.
6.Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana.
7.Para los efectos de este seguro, no se considera como terceros a:
a.El cónyuge y los parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad
b.Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado
c.Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes
d.Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos b, c y d serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención médica como pacientes del asegurado.
8.Condiciones sujetas al cumplimiento de todas las normas legales y de operación que regulan la materia, el incumplimiento a cualquier disposición dará lugar a que la póliza no tenga cobertura.
9.El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
10.Términos sujetos a no reclamaciones y/o investigaciones a la fecha.

RAD. 0269310 / 07-11-2018.**********

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

NORTE DE SANTANDER / COLOMBIA

DERLYS VILLAMIZAR

C.C. 60,267,382 de Pamplona

Registro: 54-2226 Junio 27 / 2014



PROFESIÓN/OCUPACIÓN: **FISIOTERAPEUTA**

INSTITUCION:	**La Universidad de Pamplona**
CIUDAD:	**Pamplona**
FECHA DE GRADO:	**Marzo 28 / 2014**
INSCRIPCION #:	**3558 Junio 27 / 2014**
FOLIO:	**158**
LIBRO:	**17**

134

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
Director del Instituto

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**

EGRESADO

DERLYS
VILLAMIZAR VERA
60267382



Fisioterapia

Acta 525 de Marzo 28 de 2014

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	
Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02	RESOLUCION	Página 1 de1

RESOLUCION Nº 002226 **DE 2014**

(27 JUN. 2014)

Por la cual se autoriza la inscripción, el registro y el ejercicio de una Profesión

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, Resolución 2784 de 2012 y la Resolución 1058 de 2009 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social

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 Dirección Territoriales de salud continuaran realizando la inscripción, registro y autorización del ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.

Que a la fecha dichos Colegios no han sido delegados por el Ministerio de Salud, para realizar dicho proceso, por lo que se hace necesario continuar con este trámite en el Instituto Departamental de Salud N. de S., según Art. 4 de la Resolución No. 2784 de 2012.

Que **DERLYS VILLAMIZAR VERA**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 60.267.382 expedida en Pamplona Norte de Santander, ha solicitado la Autorización del Ejercicio Profesional como **FISIOTERAPEUTA**, Título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**, en la ciudad de Pamplona, el día 28 de Marzo de 2014, según Acta de Grado Nº 525.

Que dicho Título se encuentra con Registro Nº 62024 en el Folio 99, del Libro Nº 10 y con Número de Diploma Nº 70949 de la respectiva Universidad.

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 **DERLYS VILLAMIZAR VERA**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 60.267.382 expedida en Pamplona Norte de Santander, para ejercer la profesión de **FISIOTERAPEUTA** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la Profesión o la Especialización en zona geográfica diferente a donde se registro el título, el profesional deberá inscribirse en La Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y Vigilancia que le corresponde.

PARÁGRAFO: En la identificación de su registro, el profesional deberá anteponer el numero 54, Código que identifica el Departamento y a continuación el número de la presente resolución, separado por un guión.

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

NOTIFIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en Cúcuta a 27 JUN. 2014

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
DIRECTOR

Elaboró: Abogada
Revisó: Rosa Cuellar
Revisó: Luis Alfredo Escalante

A la fecha Notifique personalmente al Señor(a) _____

Firma _____

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social

Iniciar Sesión | Registrarse | Mesa de Ayuda

Principal

+ SIDAM Cliente

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

60267382

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 60267382, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

© 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. Términos y Condiciones de uso.
Atención al ciudadano de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua
Orientación personalizada: Carrera 13 No. 32- 76 Bogotá, D.C.
Telefónica: Call Center (57-1) 595 35 25, opciones 1-1 o línea gratuita nacional 018000 952525, opciones 1-1. Virtual: Contáctenos
PBX: (57-1) 330 50 00. Línea gratuita nacional: 018000 91 00 97. FAX: (57-1) 330 50 50
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

La República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

Fisioterapeuta

A

DERLYS VILLAMIZAR VERA

C.C. 60.267.382 Expedida en PAMPLONA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, *28 de Marzo* de *2014*

Elio Daniel Serrano Velasco
Rector(a)

Clara Liliana Parra Zabala
Secretario(a) General

Registro *62024* Folio *99* Libro *10* de Diplomas de Grado

70949

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

Acta de Grado N° 525

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 28 días del mes de Marzo 2014, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de FISIOTERAPEUTA

a DERLYS VILLAMIZAR VERA

Identificado(a) con C.C. N° 60.267.382 de PAMPLONA

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 70949 y registrado con el Número 62024, Folio 99, Libro 10 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Eliana Elizabeth Rivera Capacho

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Clara Liliana Parra Zabala

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 28 días del mes de Marzo de 2014

CLARA LILIANA PARRA ZABALA

Secretario(a) General

THOMAS GREG & SONS

INSTITUCION COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

DIRECCION CARRERA 7o. No. 2-72 BARRIO EL CONTENTO ----------

TELEFONO 5678026 ---------- Inscripción S.E. 1174150977

JORNADA ORDINARIA ---------- Inscripción Dane 154174000033

ACTA DE GRADO

No. 11

En la ciudad de CHITAGA a los 1 dias del mes de DICIEMBRE del año 2.000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MUNICIPIO DE CHITAGA NORTE DE SANTANDER-------- ----------

Institución aprobada hasta 2.001 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por MINISTERIO EDUCACION NACIONAL para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad PROMOCION DE LA COMUNIDAD según Resolución Nº 2048 del 27 de NOVIEMBRE de 2.000

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER TECNICO PROMOCION DE LA COMUNIDAD ESPECIALIDAD CORTE Y CONFECCION.

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación :

DERLYS VILLAMIZAR VERA. T.I. 840915- 03971 de Chitagá----------

Es fiel copia tomada del Acta original general Nº 11 de fecha 1o. DE DICIEMBRE 2.000 que consta de 23 alumnos que comienza con el nombre de MARLENY ARIAS VILLAMIZAR ---------- y se cierra con el nombre de ALEXANDER VILLAMIZAR SANDOVAL---------

firmado y sellado por ESP: JUAN MANUEL CACUA SANCHEZ---------- (Rector) y ROSA JULIA ALBARRACIN HERNANDEZ ---------- (Secretario).

Dada en CHITAGA a los 1 dias del mes de DICIEMBRE de 2.000

El Rector o Director

C.C. Nº 13.348.614 de Pamplona

Firmado y Sellado

El Secretario

C.C. Nº 27.686.443 de Chitagá

Firmado y Sellado

REPUBLICA DE COLOMBIA
REANIME COLOMBIA S.A.S.

Matrícula 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 SAS

Código Q.R. de verificación

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

AL CURSO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Orientado en el protocolo adoptado en la Resolución 0459 de 2012

SE OTORGA EN CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PROPUESTOS A:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Identificado(a) con el documento de identidad No. 60267382

Con una intensidad de 20 horas

Elkin Eduardo Uribe Silva
Representante Legal Reanime Colombia

Katherine Moncada L.
Secretaria Académica

Duncan MacLeod
Asesor de Tecnologias

Anotado en el Folio No. 53 , Reg No. 24 del Libro No. 1 de Certificados - Dado en San Jose de Cucuta en la fecha: 07-11-2018
Para verificar la validez de este Certificado consulte la pagina web http://www.reanimecolombia.com/consulte.php

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

Certifican que:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

participó como
PONENTE en el

II CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Con una intensidad de 24 horas

Eliana Elizabeth Rivera Capacho
Decana

Diana Milena Celis Parra
Líder del Comité Científico del Congreso

14, 15 y 16 de noviembre de 2013

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DERLYS VILLAMIZAR VERA
Con Cedula de Ciudadania No. 60.267.382

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA.
con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los quince (15) dias del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
OLGA LUCIA QUINTERO OCAMPO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

OLGA LUCIA QUINTERO OCAMPO
SUBDIRECTORA
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA
REGIONAL QUINDÍO

24895258 - 15/12/2014
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 923100873831CC60267382C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Con Cedula de Ciudadania No. 60.267.382

Cursó y aprobó la acción de Formación

ISO 9001:2008 MODULO I: FUNDAMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el prezente en Florencia, a los treinta (30) dias del mes de abril de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JOSE DELBY VARGAS GUTIERREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE DELBY VARGAS GUTIERREZ
SUBDIRECTOR
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA
REGIONAL CAQUETA

19638933 - 30/04/2014
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 951600720516CC60267382C.

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

AMCI
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

CERTIFICA QUE:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Asistió y Cumplió a satisfacción con el **CURSO TALLER DE VENTILACIÓN MECÁNICA.**
con una intensidad Horaria de 8 Horas.

Cucuta, 5 y 6 de Abril de 2013

Dr. Sergio Urbina
Presidente AMCI



Clínica Santa Ana

I SIMPOSIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DE LAS PALABRAS A LOS HECHOS

Hace Constar que:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

C.C: 60267382

Asistió al I Simposio de Seguridad del Paciente.
Con una intensidad de 8 horas.

Clínica Santa Ana

HUGO ERNESTO VERGEL RODRÍGUEZ
Gerente Clinica Santa Ana

San José de Cúcuta, 29 de Noviembre de 2013

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud
Departamento de Fisioterapia

Certifica que:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Participó en calidad de Asistente en la

PRIMERA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

Con una Intensidad de 12 horas

German Wilches Reina
Decano

Olga Jeannette Munevar R.
Directora del Departamento

Henny Carvajal Villamizar
Coordinadora de Prácticas Clínicas

Pamplona, 6 y 7 de Octubre de 2007

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

46 Años

SEMINARIO TALLER DE FERULAJE Y REHABILITACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR

CERTIFICADO

QUE SE OTORGA A

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Por haber participado en el I Seminario realizado en la ciudad de Pamplona los días 2 al 4 de junio de 2006

JOSE FERNANDO TORRES
Decano de la Facultad de Salud

NIDIA JUDITH MORENO
Terapeuta Ocupacional
Ponente

DIANA MILENA CELIS
Terapeuta Ocupacional
Coordinadora del evento

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

Certifican que:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

Participó en el

PRIMER ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE ACUPUNTURA Y MEDICINA TRADICIONAL ORIENTAL

En el camino de lo siempre posible: La Ciencia del Vivir

Realizado en Villa del Rosario los días 21, 22, 23 Y 24 de marzo de 2006

Jaime González Joves
Coordinador

46 Años

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN SALUD

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

COMFAORIENTE
Instituto de Educación no Formal
Autorización Oficial Resolución Nº 2014 de DIC
Secretaría de Educación Norte de Santander

ACREDITA

Que **DERLYS VILLAMIZAR**

Documento de Identidad No. 60.267.382

Participó en el Curso de:

MASEJE TERAPEUTICO

Con una intensidad de 40 horas.

Jefe Departamento de Capacitación

Secretaria de Capacitación

Libro No. 001 Registro No. 124 Folio No. 37

Dado en San José de Cúcuta a los 13 días del mes de MAYO del año 2003

SENA
REGIONAL HUILA

EL CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO

CERTIFICA

Que DERLYS VILLAMIZAR VERA Identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 60.267.382 de Pamplona, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobo
A: Aprobó

Se expide en Pitalito, a los once (11) dias del mes de septiembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
HENRY LISCANO PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

HENRY LISCANO PARRA
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
REGIONAL HUILA

SENA: Una Organización con Conocimiento

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 9128005744220C0602673826.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

008481

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Certifican que:

DERLYS VILLAMIZAR VERA

C.C. 60267382

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos en el

DIPLOMADO EN

Salud Ocupacional y Ergonomía

Con una intensidad de 120 horas

Eliana Elizabeth Rivera Capacho
Decana

Magda Milena Contreras Jáuregui
Directora de Departamento

Villa del Rosario, Febrero a Julio 2013

Formadores de **líderes comprometidos** con la región en la construcción de un nuevo **país en paz**

EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SIMULACIÓN AVANZADA

-CIDTSA-

HACE CONSTAR:

Que, **DERLYS VILLAMIZAR VERA,** identificada con c.c. 60267382, participó en el ***Curso de Soporte Básico (BLS) y Cardiovascular Avanzado de Vida (ACLS)***, bajo la metodología del Comité Internacional de Resucitación **(ILCOR)** guías 2015-2020 en la ciudad de Cúcuta el día 15 al 17 de junio de 2017, con una intensidad de 30 horas.

CIDTSA
Centro de Investigación y Desarrollo en Tecnología de Simulación Avanzada

COD: CIDTSA - 006

JOSE ALEXANDER RUBIANO PEDROZA
DIRECTOR
CIDTSA

EN BUSCA DE LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL



FUNDACIÓN INTEGRAL DE
APOYO A LA COMUNIDAD
NIT: 900279129-4
Tel. 5732856 - 312 525 9869

Villa del Rosario, 17 de Noviembre 2.016

FUNDACIÓN INTEGRAL DE APOYO A LA COMUNIDAD

FUNDAINALACO
CERTIFICADO LABORAL:

Por medio de la presente, hacemos constar que DERLYS VILLAMIZAR VERA, identificada con cedula de ciudadanía N° 60.267.382 Expedida en Pamplona, laboró con nuestra institución, desempeñando sus funciones como Fisioterapeuta para la atención y valoración de niños, desde el 28 de Abril hasta 26 de Octubre del presente año, tiempo en el cual ha demostrado, responsabilidad, honestidad y cumplimiento de todas las actividades.

Se expide la presente constancia a los 17 días del mes de Noviembre del 2016.

FUNDACION INTEGRAL
DE APOYO A LA COMUNIDAD
Nit.900279129-4

ISAURO SANABRIA VALBUENA
C.C. N° 13.173.721 Villa del Rosario
REPRESENTANTE LEGAL FUNDAINALACO

Carrera 11 # 18-62 Barrio la Esperanza Villa del Rosario – Colombia
E-mail. cocdi664@outlook.com
Tel: 5 732 856 – 312 525 9869

CONTRATO NO.	**NCC-201903-016**
CONTRATISTA	**DERLYS VILLAMIZAR VERA**
CEDULA DE CIUDADANIA	**C.C.: 60.267.382**
TARJETA PROFESIONAL	**54-2226**
MODALIDAD	**EVENTO**
VIGENCIA	**CUATRO MESES**
FECHA DE INICIO	**01 DE MARZO DE 2019**
SERVICIO CONTRATADO:	**PRESTACION DE SERVICIOS A PACIENTES DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN EN FISIOTERAPIA**

Entre los suscritos **DERLYS VILLAMIZAR VERA**, mayor de edad, identificada(o) con **C.C.** No **60.267.382**, quien en adelante se denominará **EL(LA) CONTRATISTA**, por una parte y, por la otra, **SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. **60.323.073**, domiciliada en Cúcuta, actuando en Nombre y Representación Legal de **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL SAS,** con **NIT 900.301.770-1**, quien en adelante se denominara **LA CONTRATANTE**, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios por **EVENTO**, el cual se regirá por las siguientes clausulas: PRIMERA.-Objeto. **EL (LA) CONTRATISTA,** en su calidad de **FISIOTERAPEUTA** se obliga para con **LA 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 documentos de disponibilidad suscrito por **LA CONTRATISTA**, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y clausulas adicionales del presente documento. **Parágrafo.: EL (LA) CONTRATISTA** cumplirá el objeto contractual en las instalaciones de NEUROCOOP S.A.S. y/o en el domicilio del paciente de la ciudad de Cúcuta. SEGUNDA.- Vigencia. LA VIGENCIA estipulada para el desarrollo de las diferentes actividades a realizar será cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de inicio. TERCERA.-Valor. El valor estará condicionado al número de pacientes atendidos y facturados por **EL (LA) CONTRATISTA**, esto es, por evento y según tarifas acordadas entre las partes y que se encuentran en cuadro anexo al presente contrato. CUARTA.- Forma de Pago. El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado previos los siguientes requisitos presentados a **LA CONTRATANTE**: **1)** Durante los días 1 al 5 de del mes siguiente al servicio prestado NEUROCOOP SAS recibirá la cuenta de cobro, la cual debe estar elaborada de acuerdo al formato establecido por la DIAN. **2)** La cuenta de cobro 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, y la copia de la Póliza de Responsabilidad Civil para profesional vigente. **3)** Formato RIPS establecido por NEUROCOOP S.A.S debidamente diligenciado. **3)** Deberán presentar el soporte de envío del escaneo de los consentimientos informados al área de Sistemas. **Parágrafo I.:** Finalizada las fechas antes descritas NO se recibirán cuentas de cobro. **Parágrafo II.: Los anteriores** requisitos serán objeto de auditoria por parte del contratante. **Parágrafo III.:** Los paquetes que presenten errores

podrán ser glosados parcial o totalmente en la cuenta presentada o en cuentas futuras cuando viene glosada por alguna de las empresas con las cuales NEUROCOOPS SAS sostiene el vínculo contractual. QUINTA.- Obligaciones de LA CONTRATANTE. Ésta 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 (LA) 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 y con los requisitos mencionados la respectiva cuenta de cobro al contratante dentro de los términos señalados **3)** informar de manera inmediata al contratante cuando se encuentre en incapacidad de cumplir el presente contrato e informar por escrito cuando sea otro profesional el que esté ejecutando un reemplazo, 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. **4)** No podrá realizar dos terapias continuas o en el mismo día al mismo paciente, salvo que esté autorizado a través de la orden de servicio o autorización. **5)** Durante la ejecución del contrato se prestará un servicio de eficiencia, calidad y calidez, velando por la integridad y la salud del paciente, y poniendo en práctica su formación profesional en aras de mejorar la calidad de vida de los usuarios. SEPTIMA. Tiempo de Ejecución de las Actividades a Realizar EL (LA) CONTRATISTA. **EL (LA) CONTRATISTA** debe informar por escrito a **LA CONTRATANTE** sobre el tiempo disponible para realizar los servicios encomendados por NEUROCOOP SAS, ya sea en las instalaciones de Cúcuta o en el domicilio (casa) de los pacientes cuando deba prestar servicios domiciliarios. Información que debe presentar por escrito, previamente a la firma del contrato, y en lo sucesivo el primer día de cada mes. En caso de realizar algún cambio en la disponibilidad de tiempo, debe presentarlo por escrito con dos (2) días de anterioridad. OCTAVA.-Terminación. El presente contrato podrá darse por terminado: **1)** Por vencimiento del termino pactado **2)** Por mutuo acuerdo entre las partes **3)** De manera unilateral por parte del contratante y de manera inmediata, por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, sin que ello otorgue derecho **EL (LA) CONTRATISTA** de reclamar ni judicial ni extrajudicialmente indemnización alguna **4)** 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 (LA) 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 (Resolución 1995 de 1999) 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(LA) 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, 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) LA CONTRATISTA. **EL (LA) CONTRATISTA** actuará por su propia cuenta y riesgo, con sus propios insumos, con absoluta autonomía y no estará sometida a subordinación por parte de **LA CONTRATANTE,** y sus derechos se limitarán de acuerdo con la naturaleza del contrato a exigir el cumplimiento de las obligaciones de **EL 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 **LA CONTRATANTE** y **EL (LA) CONTRATISTA** o el personal que ésta utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. . DECIMA SEGUNDA CESIÓN DEL CONTRATO**. EL (LA) CONTRATISTA** no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de LA **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 (LA) CONTRATISTA** Calle 35 N°1E-39 12 de Octubre de la ciudad de **Los Patios** y por **LA 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) días del mes de marzo de 2019.

EL (LA) CONTRATISTA

DERLYS VILLAMIZAR VERA
C.C.: 60.267.382

LA CONTRATANTE

SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO
C.C. 60.323.073 de Cúcuta

BELKIS XIOMARA QUINTERO GARCIA
Jefe Talento Humano