JENNIFER JAIMES CARVAJAL

DATOS PERSONALES

Número de cédula: 1.093.736.073
Fecha de nacimiento: 24 DE MARZO DE 1986
Teléfono móvil: 316 – 3496715
Dirección: Mz 20 Lote 7 La Primavera
Ciudad: Cúcuta
Estado civil: Casada
E-mail: sonic57@hotmail.com



PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, bastante dinámica, con deseo de superación, tanto profesional como personal, aprendo rápidamente, y cumplo de manera adecuada con puntualidad, me gusta que los trabajos ejecutados se realicen lo mejor posible, me gusta la puntualidad, responsabilidad, el respeto y la honestidad tanto en el campo laboral como en el personal.

Dispuesta a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, me presento con gran entusiasmo a su empresa para formar parte del cumplimiento de metas planteadas en su misión.

FORMACIÓN ACADÉMICA

SECUNDARIA

Titulación:	Colegio Simón Bolívar
Año graduación:	2004
Institución:	Bachiller Técnico Modalidad Salud

DIPLOMADOS Y CURSOS

Titulación:	Diplomado en salud publica
Año graduación:	28 de Enero del 2012
Institución:	Universidad de pamplona

Titulación:	Atención pre hospitalaria con énfasis en control de incendios
Año graduación:	25 de Noviembre del 2005
Institución:	Cuerpo de bomberos voluntarios de Cúcuta

Técnica

Titulación:	Auxiliar de enfermería
Año graduación:	10 de Noviembre del 2006
Institución:	Escuela de auxiliares de enfermería



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.093.736.073
NUMERO
JAIMES CARVAJAL
APELLIDOS
JENNIFER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1986
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
16-JUL-2004 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-2505400-55136802-F-1093736073-20050510 01192 05130A 02 173645765

Certificado de Afiliación

La Señora JENNIFER JAIMES CARVAJAL , identificada con Cédula Ciudadanía 1.093.736.073, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JENNIFER JAIMES CARVAJAL		
Número de identificación:	1093736073	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	av 10 k 22 sevilla	Municipio residencia:	Cucuta
Teléfono actual de residencia:	3105649198	Depto. Residencia:	NORTE DE SANTANDER

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1093736073	JAIMES CARVAJAL JENNIFER	01/07/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 11 días del mes de Octubre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro: Jesus Gabriel Higuera Blanco

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - NORTE DE SANTANDER
11 OCT. 2018
CÚCUTA
ATENCIÓN AL USUARIO

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: 10/27/2016 11:22:11
Estación de origen: 181.51.248.173

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1093736073
NOMBRES	JENNIFER
APELLIDOS	JAIMES CARVAJAL
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	BENEFICIARIO

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

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, EOS 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 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

VACUNA CONTRA:	Edad:	1ra. DOSIS Fecha	2da. DOSIS Fecha	3ra. DOSIS Fecha	Refuerzo Fecha	OBSERVACIONES
BCG						
POLIO						
DPT						
HEPATITIS B Engerix B	26 Años	29/08/12	18-08-12	22/03/13		
HEMOPHILUS INFLUENZA						
TRIPLE VIRAL (SRP)	14 años	24-02-01				A partir de 1 año
HEPATITIS A Havrix						A partir de 1 año
VARICELA Varilrix						A partir de 1 año
TWINRIX Twinrix						A partir de 1 año
T.d.	19 A.	Abn/30	18-08-06	07	Nov/2009.	A partir de 6 años

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Tetano	Refuerzo	30/09/2016	L7408	M.

Recomvax B-(20 µg/1 ml) *Adult* 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C.
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar.
Voie intramusculaire/Intramuscular route/Vía intramuscular.
FabMnuf.: LG Life Sciences Ltd.
Dist.: Sanofi Pasteur Ltd.
Lot. No.: UFX15004
Mfg. date: 17 Mar.15
Expiry date: 16 Mar.18
LGI-RCZ210-EN-0804
CO.450150920

Comfanorte IPS Cace Central

IMOVAX d.T. 0.5 ml
Adulte/adult/adulto
Vaccin dT adsorbé
Adsorbed dT vaccine
Vacuna dT adsorbida
Manuf.: 08 SEP 14
Lot.: L7408
Exp.: 09 2021
1 9679270

REPUBLICA DE COLOMBIA
Departamento Norte de Santander
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

Unidad Administrativa Especial Campañas Directas

CERTIFICADO DE VACUNACION FIEBRE AMARILLA

Nombre: Jeiuifer James Carvajal

Fecha: Feb. 15-2016

VALIDEZ 10 AÑOS

Firma y sello vacunador

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: 1093736073

¿Cual es el primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado? JENNIFER

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JENNIFER JAIMES CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1093736073.

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, julio 05, 2018 - Hora de consulta: 09:02:12

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 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 05 de julio de 2018, a las 09:12:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1093736073
Código de Verificación	1093736073180705091205

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

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 09:03:50 horas del 05/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1093736073**
Apellidos y Nombres: **JAIMES CARVAJAL JENNIFER**

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.

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14214438811

(415)7707212489984(8020) 000001421443881 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 3 7 3 6 0 7 3	6	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	1 0 9 3 7 3 6 0 7 3	2 0 0 4 0 7 1 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Los Patios 4 0 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JAIMES	CARVAJAL	JENNIFER	

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
AV 1 16 12 BRR CHAPINERO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3 1 1 8 7 8 7 0 5 3	

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
6 6 9 2	2 0 0 9 1 1 0 3					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma	56. Tipo

Exportadores

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 2 7

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 20-12-2014 11:27:54AM

PÓLIZA Nº
1010234

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.
5	2	2018	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	20965238-JENNIFER JAIMES CARVAJAL	CC	1093.736.073
DIRECCIÓN	MZ 20 LT 7 LA PRIMAVERA, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO	3163496715
ASEGURADO	20965238-JENNIFER JAIMES CARVAJAL	CC	1093.736.073
DIRECCIÓN	MZ 20 LT 7 LA PRIMAVERA, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO	3163496715

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
CUCUTA	604	6	5	2	2018	5	2	2018	00:00	5	2	2019	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00	JAIMES CARVAJAL,JENNIFER	4. CONTADO - 30	$ 50,000,000.00

Riesgo: 1 -
NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, 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	80,000.00
	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-004-6 - POLIZA 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	$********80,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	$******15,200.00
AJUSTE AL PESO	$**********0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	$******95,200.00

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.

05/02/2018 17:47:37

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
1376	1	ROSASAY ASESORES DE SE		

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION | **0**

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

TOMADOR
NOMBRE: JENNIFER JAIMES CARVAJAL
C.C. 1.093.736.073
DIRECCIÓN: MZ.20 LOTE 7 LA PRIMAVERA

ASEGURADO
NOMBRE: JENNIFER JAIMES CARVAJAL
C.C. 1.093.736.073
DIRECCIÓN: MZ.20 LOTE 7 LA PRIMAVERA

ESPECIALIDAD: AUXILIAR ENFERMERIA

CLASE: CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

VIGENCIA: DOCE MESES

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 o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la 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 CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Condicionado Previsora RCP-004-6

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

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

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

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 o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la 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 o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la 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 o el periodo de retroactividad contratado.
b.Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

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...

PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

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.Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
27.Daños genéticos a personas o animales.
28.Toda clase de eventos ocurridos fuera del territorio de la república de Colombia.
29.Eventos que ocurran fuera de la vigencia de esta póliza.
30.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:
1.Revocación de la póliza con aviso de 30 días.
2.Ampliación aviso de siniestro 15 días.
3.Designación de ajustadores de mutuo acuerdo.
4.Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana.

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

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

5.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.
6.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.
7.Términos sujetos a no reclamaciones y/o investigaciones a la fecha.

RAD. 0027926 / 05-02-2018.**********

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Jennifer Jaimes Carvajal

C.C. 1.093.736.073 de Los Patios

COD. 2601



OCUPACIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN:	Cooperativa de Trabajo Asociado Escuela de Auxiliares de Enfermería
FECHA DE GRADO:	Noviembre 10 de 2006
REGISTRO #:	Res 3364 Diciembre 18 de 2006
INSCRIPCIÓN #:	3954
FECHA:	Noviembre 29 de 2006
FOLIO:	183
LIBRO:	15

ALFONSO ENRIQUE RAMÍREZ HERNÁNDEZ
Director del Instituto

Gobernación de Norte de Santander

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

NIT. 890.500.890-3

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER

RESOLUCION No. 003364

(18 DIC. 2006

Por la cual se Registra un Certificado de Aptitud Ocupacional,

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
En uso de sus atribuciones legales, Y

CONSIDERANDO:

Que JENNIFER JAIMES CARVAJAL Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.1.093.736.073 expedida en Los Patios, ha solicitado el Registro de su Certificado de Aptitud Ocupacional de AUXILIAR DE ENFERMERIA que le otorgó la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA de esta Ciudad, el dia 10 de Noviembre del 2006.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.-Autorizar a JENNIFER JAIMES CARVAJAL Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.1.093.736.073 expedida en Los Patios, para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERIA, en todo el Territorio Nacional.

PARAGRAFO.- Para poder ejercer la Profesión o la Especialización en zona geográfica diferente a donde se registró el Certificado, la persona deberá inscribir su nombre la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que le corresponde.

NOTA.- A la presente diligencia se adhieren y anulan estampillas a favor del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta por valor de $3.400 y Comprobante de Ingreso de la Secretaria de Hacienda No.70896 por $10.900

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en Cúcuta a los 18 DIC. 2006

Dr.ALFONSO ENRIQUE RAMIREZ HERNANDEZ
Director del Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander

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 *

1093736073

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1093736073, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
Educaciòn no Formal

Aprobado según acuerdo 058 de marzo 16 de 2004 del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Resolución No. 000366 del 29 de Junio de 2004 de la Secretaría de Educación Municipal.

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONCEDIDO A:

Jennifer Jaimes Carvajal

Identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.093.736.073 de Los Patios (N. De S.)

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teórico-prácticos durante 2000 horas, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, que la capacitan para ejercer como:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Directora de la Escuela

Secretaria Académica

Anotado al folio No. 26 del Libro No. 1 de Certificados
Dado en San José de Cúcuta el día 10 del mes de Noviembre del año 2006

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER
RES No 3364 FECHA 13-12-2006
INSCRIPCION No 3954 FECHA 29-11-2006
FOLIO 183 LIBRO 16
DIRECTOR

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Educación No Formal

ACTA DE CERTIFICACION

*La Suscrita Directora de la C.T.A Escuela de Auxiliares de Enfermería de San José de Cúcuta, CERTIFICA, Que en libro de Actas de La Cooperativa de Trabajo Asociado Escuela de Auxiliares de Enfermería, figura el **ACTA DE CERTIFICACION** No. 09 En la Ciudad de Cúcuta, Departamento Norte de Santander, República de Colombia, siendo las 8:00 del día Diez (10) de Noviembre del año Dos Mil Seis (2006), se efectuó el acto de Certificación,* precedido *por la Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería Lic. Myriam Socorro Acevedo de Carvajal y demás Autoridades Académicas.*

*Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a **JENNIFER JAIMES CARVAJAL,** Identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.093.736.073 de Los Patios (Norte de Santander), cumplió y aprobó el programa de estudios teórico-prácticos, establecidos por el Ministerio de la Protección Social a través del Comité Ejecutivo Nacional de Recursos Humanos en Salud según acuerdo 058 de marzo 16 de 2004, Resolución N° 000366 del 29 de Junio de 2004 de la Secretaría de Educación Municipal.*

Bajo el Juramento, el graduando promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se firma la presente Acta en San José Cúcuta a los Diez (10) días del mes de Noviembre de dos mil seis (2006).

En constancia firman,

MYRIAM SOCORRO ACEVEDO DE CARVAJAL
Directora CTA EAE

BERENICE LIZCANO TORRE
Secretaria CTA EAE

La República de Colombia
y en su Nombre

Institución Educativa

Colegio "Simón Bolívar"

Cúcuta – Norte de Santander

Reconocimiento de Carácter Oficial por la Secretaría de Educación Municipal,
según Resolución No. 000674 del 27 de Octubre de 2004

Confiere a:

Jennifer Jaimes Carvajal

[illegible]

El Título de:

Bachiller Técnico

[illegible]

Por haber cursado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional – P. E. I. –

Rector,



Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 2 Folio No. 44 Diploma No. 11

Dado en Cúcuta, a 10 de Diciembre del año 2004

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Institución Educativa " Colegio Simón Bolívar"
Cúcuta - N. de S.

Acta de Grado 09

En la Ciudad de Cúcuta, a los 10 días del mes de Diciembre de 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA "COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR", Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de BACHILLER EN LA MODALIDAD TÉCNICO, según Resolución No. 000674 del 27 de Octubre de 2004.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el titulo de TÉCNICO ESPECIALIDAD SALUD al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Jennifer Jaimes Carvajal

Identificada con Tarjeta de Identidad No. 860324-36759 de Cúcuta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 009, Folio No. 28 de fecha 10 de Diciembre de 2004, que consta de 21 alumnos, que comienzan con el nombre de Barajas Rivera Anyela Hineht y se cierra con el nombre de Vesga Ramírez Diana Katherine..

Firmada y sellada por Pedro Jesús Arteaga Bayona, Rector y Alba Marina Mendoza Ortega, Secretaria.

Dado en Cúcuta, a los Diez (10) días del mes de Diciembre de 2004

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981. No Requiere ser Registrado en la Secretaria de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1.994

Pedro Jesús Arteaga Bayona
Rector

Alba Marina Mendoza Ortega
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS
DE CUCUTA

OTORGA EL SIGUIENTE

CERTIFICADO

A: Jennifer Jaimes Carvajal

C.C: 1.093.736.073 Los Patios

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL CURSO DE ATENCION PREHOSPITALARIA CON ÉNFASIS EN CONTROL DE INCENDIOS CON DURACIÓN DE 36 HORAS

Dado en San José de Cúcuta a los días 21 al 25 del mes de Noviembre del 2005

"ABNEGACION Y DISCIPLINA"

Tte. José David Monsalve
COMANDANTE

Ste. Ramón Fco. Mora
JEFE DE CAPACITACION

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Concede :

MENCION DE HONOR POR ASISTENCIA A:

Jennifer Jaimes Carvajal

Dado en San José de Cúcuta, Noviembre 10 de 2006

Myriam Socorro Acevedo
Directora

Isabel Cristina Montes B.
Coordinadora de Grupo

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

Certifica que:

JENNIFER JAIMES CARVAJAL

1093736073

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos exigidos dentro del Diplomado

"EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA"

Con una intensidad de 312 Horas

Eliana Elizabeth Rivera Capacho
Decana Facultad de Salud

Omar Geovanny Perez Ortiz
Coordinador del Diplomado

San José de Cúcuta 28 de Enero de 2012

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.

JENNIFER JAIMES CARVAJAL

Identificado(a) con el documento de identidad No. 1093736073

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 Crítico

Anotado en el Folio No. 8 , Reg No. 17 del Libro No. 1 de Certificados - Dado en San Jose de Cucuta en la fecha: 08-04-2017
Para verificar la validez de este Certificado consulte la pagina web http://www.reanimecolombia.com/consulte.php

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

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:

JENNIFER JAIMES CARVAJAL

Identificado(a) con el documento de identidad No. 1093736073

Con una intensidad de 20 horas

Elkin Eduardo Uribe Silva
Representante Legal Reanime Colombia

Katherine Moncada L.
Secretaria Académica

Maria Fernanda Arias V.
Especialista en Cuidado Critico

Anotado en el Folio No. 8 , Reg No. 17 del Libro No. 1 de Certificados - Dado en San Jose de Cucuta en la fecha: 08-04-2017
Para verificar la validez de este Certificado consulte la pagina web http://www.reanimecolombia.com/consulte.php

CONTRATO No. NCC-201901-048

CONTRATO No.:	**NCC-201901-048**
CONTRATISTA:	**JENNIFER JAIMES CARVAJAL**
TIPO Y NUMERO IDENTIFICACION:	**C.C. 1.093.736.073**
TARJETA PROFESIONAL:	**3364**
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 **JENNIFER JAIMES CARVAJAL**, mayor de edad, identificado(a) con **C.C. 1.093.736.073**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, y por otra parte, **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 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 **NC-A-01-F26 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 cualquiera de las Agencias de NEUROCOOP S.A.S., Cúcuta, Pamplona y Ocaña, para los efectos de este contrato, se ejecutará 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

CONTRATO No. NCC-201901-048

referencia. **TERCERA.-Valor**. El valor MAXIMO pactado como pago a la prestación de 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

CONTRATO No. NCC-201901-048

informar por escrito al **CONTRATANTE** como mínimo con tres días de anticipación al inicio de la actividad sobre el tiempo disponible para realizar la ejecución de las labores encomendadas por NEUROCOOP 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

CONTRATO No. NCC-201901-048

será recibidos por las partes en las siguientes direcciones: por **EL CONTRATISTA**, Mz 20 Lote 7 La Primavera, 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

Jennifer Jaimes Carvajal

JENNIFER JAIMES CARVAJAL
C.C. 1.093.736.073

EL CONTRATANTE

SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO
C.C. 60.323.073 de Cúcuta

EL TESTIGO

Belkis Quintero

BELKIS XIOMARA QUINTERO GARCIA
Jefe Talento Humano