

# *HOJA DE VIDA*

## I. INFORMACIÓN PERSONAL

| | |
|---|---|
| **Nombres:** | María Luzmila |
| **Apellidos:** | Leal Flórez |
| **Documento de Identificación:** | C.C. 1.092.340.425 de Villa del Rosario (N. de S.) |
| **Teléfono:** | 311 867 9412 |
| **Dirección:** | Mz G6 Lote 17 Primera Etapa Atalaya |
| **Fecha de Nacimiento:** | Abril 5 de 1988 |
| **Lugar de Nacimiento:** | Salazar (N. de S.) |

## II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

| | |
|---|---|
| **Estudios Primarios:** | Escuela Integrada Nuestra Señora del Carmen (El Carmen – Norte de Santander) 1998. |
| **Estudios Secundarios (6 -11):** | Colegio Departamental Integrado de Bachillerato<br>(Cúcuta)<br>2004 |
| **Título Obtenido:** | Bachiller Académico con énfasis en Informática. |
| **Estudios Superiores:** | Fonoaudiología, en la Universidad de Pamplona. Periodo de Estudio 2008 – 2013. |

## III. PERFIL PROFESIONAL

Fonoaudióloga con gran sentido de la responsabilidad, con la actitud constante de adquirir conocimientos en áreas de mejorar mi perfil profesional, así como mi desempeño laboral. Soy una persona de gran experiencia en el trabajo de equipo, con capacidad de liderazgo en el manejo de personal a mi cargo.

Soy una profesional en la ciencia de la fonoaudiología, con conocimientos en: Trastornos que afectan tanto el habla como el lenguaje, problemas de aprendizaje de lectura, escritura y calculo lógico matemático, alteraciones adquiridas en la niñez, adolescencia y adultez que repercuten en la comunicación humana. Especializada en la observación, evaluación, diagnostico y rehabilitación de los desordenes que afectan todas las habilidades comunicativas (escuchar, hablar, leer, escribir, pensar)

## IV. OTROS ESTUDIOS

| | |
|---|---|
| **Curso de Actualización en Evaluación y Tratamiento de la Disfagia.** | Curso de actualización dirigido por La Dra. Nidia Patricia Cedeño. Coordinadora científica en el Centro de Diagnostico e investigación en deglución – DIDE. Coordinadora del CFCC Centro en Fonoaudiología Clínica de Colombia (Año 2012) |

## V. EXPERIENCIA LABORAL

Pasante de Fonoaudiología de Último semestre en el Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial (IDREEC) en la ciudad de Valledupar, con un lapso de tiempo de 4 meses los cuales fueron desde Febrero hasta junio del año 2013.

## VI. REFERENCIAS FAMILIARES

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | José Nery Leal Flórez |
| **Ocupación:** | Docente |
| **Teléfono:** | 3112434846 |
| **Nombre:** | Blanca Ligia Medina Cárdenas |
| **Ocupación:** | Docente. |
| **Teléfono:** | 3118007166 |

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

**Nombre:** Yerly Nathalia Nieto Rodríguez

**Ocupación:** Fonoaudióloga

**Teléfono:** 3007818204

**Nombre:** Anny Lizeth Ardila Otero

**Ocupación:** Fonoaudióloga.

**Teléfono:** 3183741846

**Nombre:** Oscar Solano Rodríguez

**Ocupación:** Fonoaudiólogo

**Teléfono**: 3015145122

Maria Luzmila Leal Flórez

**MARÍA LUZMILA LEAL FLÓREZ**
**CC. 1.092.340.425 de Villa del Rosario**
**FONOAUDIOLOGA**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.092.340.425
NUMERO

LEAL FLOREZ
APELLIDOS

MARIA LUZMILA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1988
SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-AGO-2006 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2510000-43155688-F-1092340425-20061227 02735 06361A 02 220337482

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:** 11/21/2016 17:04:50
**Estación de origen:** 181.51.248.173

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1092340425 |
| NOMBRES | MARIA LUZMILA |
| APELLIDOS | LEAL FLOREZ |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADO | COOMEVA E.P.S. S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/01/2015 | 29/04/2016 | COTIZANTE |

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

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,092,340,425**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Enero de 2017.

Gerente de Clientes

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

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

**Certificado de Vacunación del Adulto**

| | |
|---|---|
| Nombres: | Maria Wzmila |
| Apellidos | Leal Florez. |
| Documento de Identidad: | CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 1092340425. |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 05 Mes: 04 Año: 1988 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 06-04-05 | CUB87-X | Milena. |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 9-07-08 | EU40716-C | Shara |
| | 2 | 10-02-08 | EU40715-B | Shara. |
| | 3 | 01-08-08 | EU40716-C | Eufe |
| | 4 | 02-02-09 | EU40715-B | Paola. |
| | 5 | 05-04-10 | EU40716-C | Milena. |
| Contra Hepatitis B | 1 | 04-01-05 | 04[illegible]45. | [illegible] |
| | 2 | 04-03-[illegible] | [illegible]070045 | [illegible] |
| | 3 | 05-04-10 | 043[illegible] | Milena. |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 05-04-10 | CUB87-X | 20 años. | Milena. |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |
| TV | 05-04-10 | ZA140A | | Milena. |
| | | | | |

## 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: 1092340425

¿ Cual es la Capital de Colombia? (Sin tilde) BOGOTA

Consultar

## Datos del ciudadano

Señor(a) MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1092340425.

### 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: viernes, junio 08, 2018 - Hora de consulta: 08:31:56

**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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:33:12 horas del 08/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1092340425**
Apellidos y Nombres: **LEAL FLOREZ MARIA LUZMILA**

**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 viernes 08 de junio de 2018, a las 08:30:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1092340425 |
| Código de Verificación | 1092340425180608083010 |

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® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14319933927

(415)7707212489984(8020) 000001431993392 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 2 3 4 0 4 2 5 | 0 | 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 2 3 4 0 4 2 5 | 2 0 0 6 0 8 0 8 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Villa del Rosario 8 7 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEAL | FLOREZ | MARIA | LUZMILA |

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: MZ G 6 LT 17 BRR PRIMERA ETAPA ATALAYA

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| luzmi_2305@hotmail.com | | 3 1 1 8 6 7 9 4 1 2 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal 46. Código: | Actividad principal 47. Fecha inicio actividad: | Actividad secundaria 48. Código: | Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad: | Otras actividades 50. Código: 1 | Otras actividades 2 | Ocupación 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 6 9 2 | 2 0 1 3 0 9 2 4 | | | | | 2 4 1 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| 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 4 1 1 1 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante: María Luzmila Leal Flórez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MENDEZ RODRIGUEZ NOLBERTO

985. Cargo: Analista IV

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14399683225

(415)7707212489984(8020) 000001439968322 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1092340425 | 0 | 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 13 | 1092340425 | 20060808 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Norte de Santander 54 | Villa del Rosario 874 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEAL | FLOREZ | MARIA | LUZMILA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Norte de Santander 54 | Cúcuta 001 |

41. Dirección principal
BRR TASAJERO C L 23 N 3 35

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| luzmi_2305@hotmail.com | | 3118679412 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 |
| 8692 | 20130924 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 2412 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20170106

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 LEAL FLOREZ MARIA LUZMILA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PÓLIZA Nº
1010556

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. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 6 | 2018 | EXPEDICION | 0 | | | NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | 3176616-MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ | CC | 1092.340.425 |
| DIRECCIÓN | CL 16 2 108 MOTILONES, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER | TELÉFONO | 3118679412 |
| ASEGURADO | 3176616-MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ | CC | 1092.340.425 |
| DIRECCIÓN | CL 16 2 108 MOTILONES, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER | TELÉFONO | 3118679412 |

| | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMITIDO EN | CUCUTA | | | | | | | | | | | | | | |
| MONEDA | Pesos | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO CAMBIO | 1.00 | 604 | 6 | 6 | 6 | 2018 | 6 | 6 | 2018 | 00:00 | 6 | 6 | 2019 | 00:00 | 365 |

| CARGAR A: | FORMA DE PAGO | VALOR ASEGURADO TOTAL |
|---|---|---|
| LEAL FLOREZ MARIA LUZMILA | 4. CONTADO - 30 | $ 50,000,000.00 |

Riesgo: 1 -
NEUROCOOP SAS, 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.

06/06/2018 17:23:48

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

| DISTRIBUCIÓN | | | | INTERMEDIARIOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | COMPAÑÍA | % | PRIMA | CLAVE | CLASE | NOMBRE | % | COMISIÓN |
| | | | | 6227 | 2 | SANDRA MARITZA PABON B | | |

PREVISORA SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010556 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

| **CERTIFICADO DE: EXPEDICION** | **0** |
|---|---|

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

TOMADOR
NOMBRE: MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ
C.C. 1.092.340.425
DIRECCIÓN: CL.16 2-108

ASEGURADO
NOMBRE: MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ
C.C. 1.092.340.425
DIRECCIÓN: CL.16 2-108

ESPECIALIDAD: FONOAUDIOLOGA

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 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-025-2

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.1010556 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 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...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010556 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.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:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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

PREVISORA
SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1010556 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.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.
9.Términos sujetos a no reclamaciones y/o investigaciones a la fecha.

RAD. 0132479 / 06-06-2018.**********

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

NORTE DE SANTANDER / COLOMBIA

MARÍA LUZMILA LEAL FLOREZ

C.C. 1,092,340,425 de Villa Rosario

Registro: 54-2759 Agosto 12 / 2014



PROFESIÓN/OCUPACIÓN: **FONOAUDIOLOGA**

| | |
|---|---|
| INSTITUCIÓN: | **La Universidad de Pamplona** |
| CIUDAD: | **Pamplona** |
| FECHA DE GRADO: | **Septiembre 27 / 2014** |
| INSCRIPCIÓN # | **3887 Agosto 12 / 2014** |
| FOLIO: | **7** |
| LIBRO: | **18** |

706

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
Director del Instituto

| INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | |
|---|---|---|
| Código: F-DE-PE05-01<br>Versión: 02 | RESOLUCION | Página 1 de1 |

# RESOLUCION Nº 002759 DE 2014

( 12 AGO 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 2010 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 **MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.092.340.425 expedida en Villa Rosario Norte de Santander, ha solicitado la Autorización del Ejercicio Profesional como **FONOAUDIOLOGA**, Título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**, en la ciudad de Pamplona, el día 27 de Septiembre de 2013, según Acta de Grado Nº 514.

Que dicho Título se encuentra con Registro Nº 59266 en el Folio 476, del Libro Nº 9 y con Número de Diploma 68103 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,

## RESUELV E:

**ARTICULO PRIMERO:**- Autorizar a **MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.092.340.425 expedida en Villa Rosario Norte de Santander, para ejercer la profesión de **FONOAUDIOLOGA** 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

12 AGO 2014

**JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA**
**DIRECTOR**

Elaboro: AHdez
Reviso: Luis Alfredo Toscano.
Reviso: Rosa Della Ortiz.



NORTE PA' LANTE

# 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 *

1092340425

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1092340425, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

*LA REPUBLICA DE COLOMBIA*

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# *LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA*

CON PERSONERIA JURIDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TITULO DE

## *Fonoaudióloga*

A

## *MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ*

*C.C. Nº 1.092.340.425* *Expedida en VILLA DE ROSARIO*

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

*DIPLOMA*

*En la ciudad de Pamplona 27 de Septiembre de 2013*

*Elio Daniel Serrano Velasco*
Rector(a)

*Clara Liliana Parra Zabala*
Secretario(a) General

Registro *59266* Folio *476* Libro *9* de Diplomas de Grado

68103

*LA REPUBLICA DE COLOMBIA*

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# *LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA*

CON PERSONERIA JURIDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TITULO DE

## ***Fonoaudióloga***

A

## ***MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ***

*C.C. Nº 1.092.340.425* *Expedida en VILLA DE ROSARIO*

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

*DIPLOMA*

*En la ciudad de Pamplona 27 de Septiembre de 2013*

***Elio Daniel Serrano Velasco***
Rector(a)

***Clara Liliana Parra Zabala***
Secretario(a) General

Registro *59266* Folio *476* Libro *9* de Diplomas de Grado

68103

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado N° 514

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 27 días del mes de Septiembre 2013, 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

FONOAUDIÓLOGA

a MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ

Identificado(a) con C.C. N° 1.092.340.425 de VILLA DE ROSARIO

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 68103 y registrado con el Número 59266, Folio 476, Libro 9 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 27 días del mes de Septiembre de 2013

**CLARA LILIANA PARRA ZABALA**

Secretario(a) General

THOMAS GRES & SONS

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado Nº 514

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 27 días del mes de Septiembre 2013, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto Nº 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de FONOAUDIÓLOGA

a MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ

Identificado(a) con C.C. Nº 1.092.340.425 de VILLA DE ROSARIO

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 68103 y registrado con el Número 59266, Folio 476, Libro 9 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 27 días del mes de Septiembre de 2013

**CLARA LILIANA PARRA ZABALA**

Secretario(a) General

THOMAS GREG & SONS.

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

**DE10-EG00 –0567**

Pamplona, 27 de Abril de 2015

Señora:
**HEIDY BALMACEDA PALACIO**
Jefe de Talento Humano
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
NEUROCOOP SAS
neurocoop.contabilidad@hotmail.com

Cordial Saludo,

En atención a su solicitud, me permito confirmar el siguiente registro de Diploma:

| | |
|---|---|
| **PROGRAMA:** | Fonoaudiología |
| **TITULO:** | Fonoaudióloga |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | María Luzmila Leal Flórez |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.092.340.425 de Villa de Rosario |
| **N° ACTA DE GRADO:** | 514 |
| **FECHA DE GRADO:** | 27 de Septiembre de 2013 |
| **N° REGISTRO :** | 59266 |
| **N° FOLIO:** | 476 |
| **N° LIBRO:** | 9 |

Cordialmente,

**CLARA LILIANA PARRA ZABALA**
Secretaria General

**Proyecto y Revisó: Fabiola Bonilla**

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE LA

# Institución Educativa Colegio Departamental Integrado de Bachillerato

**Creado por Decreto No. 000787 de Septiembre 30 de 2002**
**San José de Cúcuta - Norte de Santander**
**Jornada Diurna**

**Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución No. 000733 del 9 de Noviembre de 2004.**

Confiere a:

*María Luzmila Leal Flórez*

**Identificada con la T.I. No. 880405-51853 de Cúcuta (N.S.)**

El título de:

# Bachiller Académico
## CON ÉNFASIS EN TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA

**Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.**

CUCUTA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO DPTAL. INTEGRADO DE BTO.

| Rector | Secretaria |
|---|---|
| Mag. Serafín Bautista Villamizar | Maritza Sandoval Colmenares |
| C.C. 5.410.847 de Arboledas | C.C. 60.277.368 de Cúcuta |

**Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)**
**Anotado en el control interno del plantel en el**

# 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 SAS

## 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:

## MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ

Identificado(a) con el documento de identidad No. 1092340425

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 Crítico

Anotado en el Folio No. 8 , Reg No. 20 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-201903-023** |
| CONTRATISTA | **MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ** |
| CEDULA DE CIUDADANIA | **C.C.: 1.092.340.425** |
| TARJETA PROFESIONAL | **54-2759** |
| 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 FONOAUDIOLOGIA** |

Entre los suscritos **MARIA LUZMILA LEAL FLOREZ**, mayor de edad, identificada(o) con **C.C.** No **1.092.340.425**, 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 **FONOAUDIOLOGA** 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** Mz G6 Lote 17 Primera Etapa Atalaya de la ciudad de Cúcuta 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**

**MARIA LUZMILA LEÁL FLOREZ**
**C.C.: 1.092.340.425**

**LA CONTRATANTE**

**SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO**
**C.C. 60.323.073 de Cúcuta**

Belkis Quintero

**BELKIS XIOMARA QUINTERO GARCIA**
**Jefe Talento Humano**