PDF 2 NO CONFIDENCIAL

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
REYES	JIMENEZ	NAZLY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No.32.853.752	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 17 MES 09 AÑO 1980	Cra 15 # 31B- 57
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Atlántico
DEPTO Atlántico	MUNICIPIO Sabanalarga
MUNICIPIO Sabanalarga	TELÉFONO 300 6268141 EMAIL nazlyreyesjimenez@outlook.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5ox.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11x	MES 12 1998 AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN		X		FISIOTERAPEUTA	08	2004	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA	*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SABANALARGA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3017681330	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 01 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 05 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL FESIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA.* TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA		*DIRECCIÓN:* SABANALARGA
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CEMINSA	*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SABANALARGA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 0353160996	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 06 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO TOMA DE MUESTRAS COVID, PIC	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE TERAPIA SABANALARGA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* x	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* SABANALARGA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3107488021	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 04 AÑO 2005		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL CARIBE S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* SABANALARGA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 8783805	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 04 AÑO 2005		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA FÍSICA	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	AÑOS
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	AÑOS
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	AÑOS

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SABANALARGA 22/05/26

Dayla Reyes J.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional

la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Aprobado por Resolución Nº 2624 del 31 de Marzo de 1977 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Fisioterapeuta

A NAZLY REYES JIMENEZ

con cédula de ciudadanía No. 32' 853.752 de Sabanalarga.

mio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 27 días del mes de Agosto de 2004 y lo refrenda con las firmas y sellos de rigor.

GOBERNACION DEL ATLANTIC
Secretaría de Salud Departam
Reconoce este Título para todos los efectos legales
Resolución Nº 08-1991-05
En Barranquilla Fecha [illegible]
Firma y Sello [illegible]

El Secretario General, [illegible]

El Rector, [illegible]

El Decano de la Facultad [illegible]

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

y el

Instituto de Posgrados y Educación Continuada

Confieren el certificado de

Diplomado

En: MEDICINA INTERNA

A: NAZLY REYES JIMENEZ

con Cédula de Ciudadanía No. 32' 853. 752 de Sabanalarga

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 27 días del mes de Agosto de 2004 y lo refrenda con las firmas y sellos de rigor.

Secretario General

Director de Posgrados

Director Educación Continuada

Director del Programa Académico

Mónica Restrepo

Director de Registro Estudiantil

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACION CONTINUA

CERTIFICA QUE:

NAZLY REYES JIMENEZ

Asistió al seminario: PERFILES OCUPACIONALES EN ADAPTACION Y REHABILITACION CARDIOPULMONAR Y VASCULAR

Realizado en Barranquilla: **31 de Mayo de 2002**. Intensidad: **8 Horas**

LOURDES TRUYOL DE RUA
Directora Educación Continua

ELIANA SARMIENTO DAU
Coordinadora

MAIRA BETANCOURT SANTAMARIA
Conferencista

incatec

Instituto Técnico de Administración y Salud

Resolución No. 087 de Febrero 23 de 1999 Secretaría de Educación Distrital
Resolución No. 288 de Febrero 03 de 2000 Secretaría de Educación Distrital
Resoluciónes No. 588 - 589 - 590 de Marzo 31 de 2009 Secretaría de Educación Distrital
Acuerdo No. 114 de Diciembre 23 de 2008 Ministerio de Salud

Certifica que:

Nazly Reyes Jiménez

asistió al:

VI Seminario de Actualizacion en Salud

Tema: Facturación En Los Servicios De Salud

Dado en Barranquilla a los 09 *días del mes de* Mayo *de 20* 09

JORGE TAMAYO ARGUELLES
Director General

FRANCISCO DONADO ROSALES
Coordinador de Programas

Universidad Simón Bolívar
Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005
del Ministerio de Educación Nacional
NIT. 890.104.633-9

Barranquilla, 21 de Septiembre de 2009

LA SECRETARIA ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

CERTIFICA:

La idoneidad del titulo Profesional del siguiente profesional egresada del Programa de Fisioterapia:

Nombre del Profesional	Fecha de Grado
NAZLY REYES JIMENEZ	AGOSTO 27 DE 2004

Quien cumplió con los requisitos establecidos por la Institución para optar el titulo de Fisioterapeuta

Ligia Barrios Maldonado

LIGIA BARRIOS MALDONADO

Secretaria Académica

SECRETARIA ACA.
CIENCIAS DE LA S.

SECRETARIA ACA.
CIENCIAS DE LA S.

Eledis C.

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo
Simón Bolívar
NIT. 890.104.633-9

Carrera 59 Nº. 59-92
Tels.: 3444333 - 3441255
3686918 - Fax: 3682892

Apartado Aéreo: 58555
Barranquilla - Colombia

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR, CON PERSONERIA JURIDICA SEGÚN RESOLUCION No.1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972.
FACULTAD DE FISIOTERAPIA

ACTA No 11

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, Republica de Colombia, a los 27 días del mes de Agosto del año 2004, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Corporación Educativa, se reunió la Sala General y el Consejo de Gobierno, para otorgar por intermedio del señor Rector (E) Doctor **EUGENIO BOLIVAR ROMERO**, el titulo de **FISIOTERAPEUTA**, a REYES JIMENEZ NAZLY , identificada con cedula de ciudadanía numero 32853752 **DE** SABANALARGA, quien ha llenado los requisitos legales y académicos respectivos, habiéndosele tomado el juramento de rigor y se le hizo entrega del correspondiente Diploma que la acredita como **FISIOTERAPEUTA** .

En Constancia se extiende y se firma esta Acta. FDO. **EUGENIO BOLIVAR ROMERO**, Rector (E), FDO. **RAFAEL BOLAÑO MOVILLA**, Secretario General. FDO. **ESTELA CRISSIEN DE PEREZ**, Decana Facultad de Fisioterapia.

Es fiel copia de su original.

RAFAEL BOLAÑO MOVILLA
Secretario General.

Barranquilla, Agosto 27 de 2004

E . S . E
CEMINSA
Centro Materno Infantil de Sabanalarga

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITO AL DESPACHO DEL GERENTE CON FUNCIONES EN LAS OFICINAS DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. CEMINSA

CERTIFICA:

Que la Señora, **NAZLY REYES JIMENEZ** identificada con la cédula de ciudadania Numero **32.853.752** expedida en Sabanalarga-Atlántico, **presto sus servicios en la Empresa Social del Estado Centro Materno Infantil de Sabanalarga-Atlántico "E.S.E. CEMINSA"**, desempeñándose como **FISIOTERAPEUTA** ejerciendo funciones como:

- Toma de muestras COVID
- Programa de maternidad y paternidad con gestantes
- Certificadora de discapacitados
- Plan de Intervenciones Colectivas PIC

Desde mayo 2020 hasta diciembre 31 del 2023, durante este tiempo desempeño a cabalidad las tareas asignadas.

La presente se expide a petición de la parte interesada en Sabanalarga, a los (12 dias del mes de enero del año Dos mil veinticuatro (2.024).

JULIO DE LOS REYES SARMIENTO
Profesional Universitario
Talento Humano

Calle 28 No. 22-45 Av. Rivon
Teléfono: 878 1332

CERFIC S.A.S.
CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL CARIBE
Nit. 900.080.150-3

EL SUSCRITO GERENTE DEL CENTRO DE REHABILTACION FISICA INTEGRAL DEL CARIBE "CERFIC S.A.S"

CERTIFICA

Que Señor(a) **NAZLY REYES JIMENEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No 32.853.752 expedida en Sabanalarga Atlántico, Prestó sus servicios en este Centro en el cargo de **FISIOTERAPEUTA (TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA)**. Desde el mes de enero del 2005 hasta el mes de junio del 2018.

Se expide la presente certificación a la parte interesada, en la ciudad de Sabanalarga a los 11 días del mes de julio del 2018.

Atentamente,

CERFIC S.A.S.

HERNAN DAVID PEÑA LLINAS
C.C 1.043.029.453 expedida Sabanalarga Atlco.
Representante legal.

Carrera 19ª No. 24 – 46 Sabanalarga – Atlántico
Tel: 8783805 Cel: 313 540 7154 E-mail: cerficsas11@hotmail.com

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL
DE SABANALARGA
Somos Tú Familia en el Atlántico.

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CERTIFICA QUE:

NAZLY REYES JIMENEZ identificado con cedula de ciudadanía número 32.853.752, prestó sus servicios como **COMO FISIOTERAPEUTA** en la **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA**, como **CONTRATISTA** mediante orden de prestación de servicios profesionales de forma mensual, sin que medie subordinación laboral, ni solución de continuidad. A continuación, se le detalla dicha relación contractual:

2021	N° CTO	DURACIÓN	HONORARIOS
ENERO	N/A	N/A	N/A
FEBRERO	99	1 MES	$ 1.200.000
MARZO	389	1 MES	$ 1.200.000
ABRIL	560	1 MES	$ 1.200.000
MAYO	1128	1 MES	$ 1.200.000
JUNIO	1372	20 DIAS	$ 760.000
Total Meses Contratados		Total honorarios	$ 5.560.000

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada, dado en Sabanalarga a los quince (15) días del mes de enero del 2021.

ISMAEL CERVANTES BARRAZA
Profesional Especializado Del Area Administrativa y Financiera

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA

Somos Tú Familia en el Atlántico.

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CERTIFICA QUE:

NAZLY REYES JIMENEZ identificado con cedula de ciudadanía número 32.853.752, prestó sus servicios como **COMO FISIOTERAPEUTA** en la **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA**, como **CONTRATISTA** mediante orden de prestación de servicios profesionales de forma mensual, sin que medie subordinación laboral, ni solución de continuidad. A continuación, se le detalla dicha relación contractual:

2020	N° CTO	DURACIÓN	HONORARIOS	
ENERO	N/A	N/A	N/A	
FEBRERO	368	1 MES	$	1.200.000
MARZO	369	1 MES	$	1.200.000
ABRIL	380	1 MES	$	1.200.000
MAYO	1128	1 MES	$	1.200.000
JUNIO	1372	191045	$	760.000
Total Meses Contratados	5	Total honorarios	$	5.560.000

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada, dado en Sabanalarga a los quince (15) días del mes de enero del 2021.

ISMAEL CERVANTES BARRAZA
Profesional Especializado Del Área Administrativa y Financiera

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32853752
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NAZLY REYES JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANALARGA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA 15 # 31B-57	TELÉFONO:	3006218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA/:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:	6020713291		TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACION SALUD:		MES	mayo AÑO		2026
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					323455366

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOS	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149.500	$ 0	$ 149.500
SUBTOTALES:										$ 149.500	$ 0	$ 149.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 116.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800	$ 0	$ 0	$ 116.800
SUBTOTALES:													$ 116.800	$ 0	$ 0	$ 116.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0			$ 22.800	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 22.800
SUBTOTALES:									$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 22.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	RESIDENTE PARA EFECTOS TRIBUTARIOS	IGE	TDE	TAE	TDP	COE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTES	SENA TOTAL APORTES	ICBF TOTAL APORTES	ESAP TOTAL APORTES	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 32853752	REYES JIMENEZ NAZLY	RESPONSABLE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	15													25-14 COLPENSIONES	30	$ 933.816	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.500	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 933.816	$ 116.800	$ 0	$ 116.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 933.816	32853752	$ 22.800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 289.100

PENSIÓN

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NAZLY REYES JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32853752,** se encuentra afiliado/a desde **19/06/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el dia 20 de mayo de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

NAZLY REYES JIMENEZ identificado con CC. 32853752 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/05/21	**Código de ocupación**	32264
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	Fisioterapeutas
Clase de riesgo	3	**Estado de afiliación**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de mayo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20052026N32853752R18226920.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 32853752 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 20/05/2026 02:50 PM

Código Verificación: **TNXLKC62E1**

Válida hasta: **18/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

RETHUS

Resultado General -2026-05-20→2:48:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	32853752	NAZLY		REYES	JIMENEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NAZLY REYES JIMENEZ identificado(a) con CC 32853752 registra La siguiente información:

2026-05-20→2:48:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Fisioterapia	2005-07-25	1991	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101073301	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	NAZLY REYES JIMENEZ			CC	32.853.752
DIRECCION	CRA 15 N 31B-57	CIUDAD	SABANALARGA, ATLANTICO	TELEFONO	3006278141
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d m a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d m a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d m a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d m a)
21 / 05 / 2026	21 / 04 / 2026	21 / 04 / 2027	21 / 04 / 2026	21 / 04 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO. 1

ACTIVIDAD. FISIOTERAPEUTA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		$ 0.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 40,000,000.00

DEDUCIBLES. * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 200,000,000.00
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 200,000,000.00

DEDUCIBLES. * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo. 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA.

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********130,665.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********24,826.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********155,491.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.05.0000000E.RC.001A. D00, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021103876438(3900)000000155491(96)20270421

REFERENCIA PAGO: 1102110387643-8

62-03-101073301

JULIANANITOLA — FIRMA AUTORIZADA — CLIENTE — TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101073301	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	NAZLY REYES JIMENEZ			CC	32.853.752
DIRECCION	CRA 15 N 31B-57	CIUDAD	SABANALARGA, ATLANTICO	TELEFONO	3006278141
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO:SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION/ NAZLY REYES JIMENEZ

No. DE IDENTIFICACION:860.020.082-1/ 32853752

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 01/05/2026 HASTA LAS 24 HORAS DEL 01/05/2027

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 00000008-RC-001A- D00I
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO:$ 200.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:FISIOTERAPEUTA

AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que, de acuerdo con la ley, incurra el asegurado derivada de la actividad profesional de la salud (actos en desarrollo de la actividad profesional de la salud asegurada) descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite o sublimites de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la pliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

TARJETA PROFESIONAL



Esta tarjeta es personal e intransferible, si esta tarjeta es encontrada devolverla a la Secretaria de Salud Departamental.

Nazly Reyes Jimenez

El portador

Secretaria de Salud del Atlántico