Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 22:07:09
PABLO PINZON AVILA

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

*Buscar...*

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver **Últimas modificaciones** Todos Seleccione

## Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id del contrato | Número del Contrato | Entidad Estatal | Tipo de entidad | Fecha de firma | Fecha de finalización | Facturación de la entidad | Valor total d |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 170696 | PS 1560 2018 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | Entidad Estatal | 1/10/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)* | 4 días para terminar *(12/15/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)* | PABLO PINZON AVILA | 6 |

**OPCIONES**

**VER**

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

**HERRAMIENTAS**

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| PINZON | AVILA | PABLO ALEJANDRO |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 19419089

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 19419089 D.M 2

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 17 MES NOV AÑO 1960

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Duitama

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 2a A # 18-34

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3332901

EMAIL papinzoncge@yahoo.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 BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* BACHILLER CLASICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES NOVIEMBRE AÑO 1976 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

**TC** (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

**ES** (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 6 | X | | ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL | 9 | 1989 | No especificada |
| UN | 12 | X | | MEDICO CIRUJANO | 6 | 1984 | 13202 |

***DOMINIO DE IDIOMAS***

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Ingles | | X | | | X | | | X | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: SUBRED CENTRO ORIENTE | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649666 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2016 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 12 MES 12 AÑO 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: URGENCIAS | *DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 # 5-43 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: MEDERI | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 5600520 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2012 | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: CLINICAS QUIRURGICAS | *DIRECCIÓN*: CALLE 24 CARRERA 29 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: SOLSER | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 5600520 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2009 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 2 AÑO 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: HOSPITALES MAYOR Y BARRIOS UNIDOS | *DIRECCIÓN*: CALLE 24 No. 29 45 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: COOPERANDO MD | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: | *FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 1 AÑO 2008 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: HOSPITAL MAYOR | *DIRECCIÓN*: CALLE 24 No. 29 45 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: HOSPITAL SANTA CLARA | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3282828 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 5 AÑO 2006 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: URGENCIAS | *DIRECCIÓN*: CARRERA 15 No. 1 59 SUR | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: CLINICA SAN PEDRO CLAVER | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 1994 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: CIRUJANO | *DEPENDENCIA*: CLINICAS QUIRURGICAS | *DIRECCIÓN*: CALLE 24 No. 29 45 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE GIRARDOT | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Cundinamarca | *MUNICIPIO*<br>Girardot | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 11 AÑO 1989 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 31 MES 5 AÑO 1994 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>CIRUJANO | *DEPENDENCIA*<br>CLINICAS QUIRURGICAS | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 5 CALLE 22 |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| PUBLICO | 29 | 1 |
| PRIVADO | 10 | 6 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 29 | 1 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

12 Dic/2018
Bogota

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

***ENTIDAD RECEPTORA***

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

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*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 19419089 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
**Dirección** Calle 2a A # 18-34 **Teléfonos** 3105621788 3332901

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| PEDRO PINZON COMBARIZA | 118794 | PADRE |
| MARIA ADELFA AVILA | 20091146 | MADRE |
| DAVID PINZON CAMARGO | 1022376212 | HIJO(A) |
| ANA PAULA PINZON CAMARGO | 1015465587 | HIJO(A) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 142.559.513,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 70.879.487,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 213.439.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | AHORROS | 040-2555366 | BOGOTA | $ 200.000,00 |
| DAVIVIENDA | AHORROS | 009970383692 | BOGOTA | $ 200.000,00 |
| COLPATRIA | AHORROS | 000112180257 | BOGOTA | $ 100.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| VEHICULO | EML 924 | $ 25.000.000,00 |

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

***ENTIDAD RECEPTORA***

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| COLPATRIA | PRESTAMO | $ 63.000.000,00 |
| COLPATRIA MASTER CARD | TARJETA DE CREDITO | $ 7.020.000,00 |
| CREDENCIAL VISA | TARJETA CREDITO | $ 15.700.000,00 |
| COLPATRIA VISA | TARJETA CREDITO | $ 6.803.000,00 |
| CREDENCIAL MASTER CARD | TARJETA DE CREDITO | $ 32.000.000,00 |
| LAS VILLAS | PRESTAMO | $ 61.000.000,00 |

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA | ASOCIADO |

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| ANA LUCIA CAMARGO FAJARDO | C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯ | 51689382 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|

## 3. FIRMA

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

**CIUDAD Y FECHA**

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Octubre 20/89
1-25-89 Bog

CONFIERE EL TITULO DE

## Médico Cirujano

A

## Pablo Alejandro Pinzón Avila

C.C. No. 19.419.089 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 29 de junio DE 1984.

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

001670

REGISTRADO AL FOLIO 25-P DEL LIBRO DE DIPLOMAS 84

REPUBLICA DE COLOMBIA $20 TIMBRE NACIONAL $20 VEINTE PESOS 01531356

NOTARIA TRECE
AUTENTICACION
Para Notaría Trece de Santafé de Bogotá D.C. se presentó con esta diligencia copia del documento que antecede, la cual coincide con el auténtico que he tenido a la vista 07 NOV 1989
Osvaldo H. Pinto García
NOTARIO TRECE ENCARGADO
Santafé de Bogotá, D.C.

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

## Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

## Pablo Alejandro Pinzón Avila

c.c. # 19.419.089 de Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA

DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

## Especialista en Cirugia General

EN LA CIUDAD DE Bogotá A 29 de septiembre DE 1989

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

NOTARIA TRECE
AUTENTICACION

Nº0002078

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
## FACULTAD DE
## Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 7973

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE

EN SU SESION DEL DIA 19 DE Junio DE 1984

ACTA No. 21 CONSIDERANDO QUE:

**Pablo Alejandro Pinzón Avila**

C.C. No. 19.419.089 de Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD. RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

**Médico Cirujano**

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 389-L 54 N

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 29 DIAS DEL MES DE Junio DE 1984

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE SANTAFE DE BOGOTA

## FACULTAD DE MEDICINA
## "COPIA DE ACTA DE GRADO N°55"

En el auditorio central "León de Greiff" de la Universidad Nacional de Colombia, previa autorización acordada por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en su sesión del día 19 de septiembre de 1989, acta N°34, se llevó a cabo a partir de los 2 p.m.. del día 29 del mismo mes y año, el acto académico para otorgar el grado de Especialista al alumno de post-grado que a continuación se consigna, quien completo y aprobó el Plan de Estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la ley y por los reglamentos de la Universidad.

Presidió el acto el señor Decano de estudiantes de la facultad de Medicina Doctor José E. Serrato Garzón, quien le confirió en nombre de la Universidad Nacional de Colombia el grado de Especialista y le hizo entrega del diploma que lo acredita como tal.

Actuó como secretaria la profesora asistente Elsa Escobar Jácome, secretaria académica de la Facultad.

El nombre del graduando en este acto académico con su especialidad y el número del respectivo diploma es el siguiente:

*ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL*

Pablo Alejandro Pinzón Avila

c.c.19.419.089 de Bogotá

Diploma N°0002078

Folio N°95, Libro N°1

Aparecen las firmas del señor Decano y la señorita Secretaria Académica.

Es fiel copia tomada del libro original, a los veintiún (21) días del mes de julio del dos mil cuatro (2004)..

MARIA TERESA PERALTA ABELLO
Secretaria de Facultad
*Yeny R.*

ISSN 2011-7582
ISSN 2619-6107 (En línea)
doi.org/10.30944/issn.2011-7582

# REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA

VOLUMEN 33 SUPLEMENTO • AGOSTO DE 2018

## TRABAJOS LIBRES, CASOS CLÍNICOS, VIDEOS Y PÓSTERES

XLIV CONGRESO NACIONAL "AVANCES EN CIRUGÍA"
14 A 17 DE AGOSTO DE 2018
CENTRO DE CONVENCIONES LAS AMÉRICAS,
CARTAGENA, COLOMBIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
www.revistacirugia.org

Rev Colomb Cir. 2018; 33 (Supl.): 11-59

mentado alrededor de 490 casos en la literatura). Es importante conocerla ya que los pacientes consultan por cólico biliar y la ecografía suele evidenciar una vesícula escleroatrófica y colelitiasis. Usualmente el diagnóstico se confirma de manera intraoperatoria.

## 01 - ID579

### Evidencia actual en el manejo integral de la fistula enteroatmosférica: aplicación en hospital de IV nivel.

*Maria Laura Daza Fernandez, Elio Fabio Sanchez*
Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana
mldf30@hotmail.com

**Introducción:** La fistula enteroatmosférica es una de las complicaciones más devastadoras en la cirugía abdominal, requiriendo un manejo multimodal que incluye manejo de la sepsis, corrección de trastornos hidroelectrolíticos, soporte nutricional, manejo de la herida y procedimientos quirúrgicos. Realizamos una evaluación de nuestra práctica en el manejo de las fistulas enteroatmosféricas a la luz de la evidencia actual.

**Objetivos:** Comparar la práctica en nuestra institución en el manejo integral de la fistula enteroatmosférica con la evidencia actual en la literatura.

**Materiales:** Realizamos una revisión del manejo actual de la fistula enteroatmosferica en cuanto a soporte nutricional, manejo de la herida, efluente y manejo definitivo de la fistula, y lo comparamos con la experiencia en nuestra institución.

**Resultados:** El manejo de la fistula enteroatmosférica debe concentrarse inicialmente en la corrección de trastornos hidroelectrolíticos, control de la sepsis y del efluente. La desnutrición es un problema común, por lo cual se debe implementar un soporte nutricional enteral, siempre que sea posible, y en caso de requerirlo por las caracteristicas de la fistula, nutrición parenteral total o nutrición mixta. Manejo de la herida es esencial para la recuperación del paciente y favorecer el cierre espontáneo de la fistula.

**Conclusiones:** El manejo integral de la fistula enteroatmosférica, especialmente el soporte nutricional y el cuidado de la herida, mejoran los desenlaces clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

## 01 - ID638

### Experiencia en el manejo quirúrgico del plastrón apendicular

*Pablo Pinzon, Danny Conde Monroy, Felipe Giron Arango, Fernando Gutierrez Infante, Raquel Tabares, Ana Maria Toro Naranjo*
Universidad Del Rosario
felipegiron15@gmail.com

**Introducción:** La respuesta inflamatoria en apendicitis aguda a veces puede culminar con un aumento de los mecanismos de defensa del propio paciente, llevándolo a la formación de un plastrón inflamatorio. Este se define como la adherencia de tejidos u órganos vecinos al apéndice, cubriéndolo y ocultándolo. Su diagnóstico se sospecha por hallazgos clínicos como evolución mayor a 4 días y palpación de masa en fosa iliaca derecha y se confirma con imágenes. El tratamiento preferido en la literatura universal es la aplicación de antibióticos, drenaje percutáneo de absceso y vigilancia clínica. Por otro lado, el tratamiento quirúrgico generalmente es rechazado por algunos grupos, ya que es técnicamente demandante y con riesgo de producir lesión en órganos vecinos, ostomías o requerir cirugías mayores como una hemicolectomía derecha.

**Objetivos:** Describir la experiencia en un hospital de cuarto nivel en Colombia, el Hospital Mayor de Mederi, en el manejo quirúrgico del plastrón apendicular, sus complicaciones y resultados.

**Materiales:** Se revisaron las bases de datos del Hospital Mayor de Mederi entre los años 2014 y 2018, y se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular manejado quirúrgicamente. Los casos manejados de forma no quirúrgica fueron excluidos.

**Resultados:** Se obtuvieron 48 casos manejados de forma quirúrgica, siendo obstrucción intestinal (16,7 %) la complicación más frecuente. No se presentó ninguna mortalidad asociada.

DE TRAUMA

**AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS**
**CURSO DE APOYO VITAL AVANZADO EN TRAUMA**
**(ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT - ATLS®)**
**CURSO PARA ESTUDIANTES**

Bogotá, 15 de noviembre de 2009

Doctor
PABLO ALEJANDRO PINZÓN
Bogotá D.C.

Estimado doctor Pinzón

***Felicitaciones !*** Esta carta es para certificar que Usted aprobó con todo éxito el Curso ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT ATLS®, efectuado en la ciudad de Bogotá los días 14 y 15 de noviembre de 2009.

Este curso le concede 19 horas en Categoría I de Educación Médica Continuada.

En constancia le entregamos la credencial expedida por el AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS que acredita su aprobación.

Atentamente,

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD. FACS.
Directora Curso ATLS®

Luz M.G.

5-6

# SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA

## CERTIFICA

Que DR. PABLO A. PINZON AVILA

asistió al

V CURSO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C., JULIO 7-8-28-29 DE 1994
Con una intensidad de 25 horas.

EDUARDO CASTRO PEREZ
NOTARIO CATORCE

H. Abaunza O.

HERNANDO ABAUNZA O., M.D.
Director Ejecutivo

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
# CERTIFICA

**Que:** PABLO A. PINZON AVILA

**Asistió al**

## XXXIV CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA

Celebrado en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada de la ciudad de Bogotá los días 18, 19, 20 y 21 de Agosto de 2008, con una intensidad de 40 horas

**MARTINIANO JAIME CONTRERAS MD**
**Presidente ACC**

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

## CERTIFICA

**Que:** PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

**Asistió al**

## 39º CONGRESO NACIONAL "AVANCES EN CIRUGÍA"

Celebrado en el Hotel Sheraton Bogotá D.C.,
los días 20, 21, 22 y 23 de Agosto de 2013.

*Este Congreso otorga 150 Créditos para el Programa de Recertificación para los MACC*

**OSWALDO A. BORRAEZ GAONA MD.**
Presidente - ACC

SIS Latin America
SURGICAL INFECTION SOCIETY

méderi
Hospital Universitario Mayor

Confieren el presente Certificado a

# Pablo Pinzón

Por su participación en el

***I Simposio Internacional en el Uso de Terapia por Presión Negativa en Especialidades Quirúrgicas***

Hospital Universitario Mayor de Méderi

Bogotá a los 14 días del mes de septiembre de 2013

**Dr. Carlos Fernando Sefair**
Presidente
SIS-LA

**Dr. Rafael Riveros**
Director Científico
Hospital Universitario Mayor Méderi

FUNDACION TRIADA MINIVASIVA

TRIADA
Centro de formacion y Hospital

# Curso Hands On de Colon 2013

*Por cuanto el* ***Dr. Pablo Alejandro Pinzón Avila*** *ha realizado el* ***"Curso de Cirugía Laparoscópica en Colon 2013"*** *(27 horas teóricas y prácticas),* ***en carácter de ALUMNO*** *los días 6 al 8 de Septiembre de 2013. En la Ciudad de Fátima, Partido de Pilar, Provincia De Buenos Aires.*

*Por tanto se le extiende el presente certificado.*

**Inst. Claudia Fabre**
Directora

**Dr. Francisco Suarez Anzorena**
Director científico

**Dr. Alejandro Moreira Grecco**
Director

USET®

TO IMPROVE TRAUMA CARE IN THE AMERICAS
SPT
FOUNDED 1985

ACT Asociación Colombiana de Trauma

4 Credit Hours

# PANAMERICAN TRAUMA SOCIETY
# SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA

CERTIFIES THAT / CERTIFICA QUE:

## DR. PABLO PINZON AVILA

*Has Completed the Basic Emergency and Trauma Ultrasound Course – USET*

held in Bogota, Colombia on June 7, 2014

**Rao Ivatury, MD**
Executive Director
Panamerican Trauma Society

**Michel Aboutanos, MD , MPH**
Secretary - Treasurer
Panamerican Trauma Society

HOSPITAL SANTA CLARA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO III NIVEL

# Curso de Buenas Prácticas Clínicas

**EL HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E CERTIFICA QUE:**

**PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA**
**C.C. 19.419.089**

Realizó el Curso de Buenas Prácticas Clínicas,
incluyendo la normatividad nacional vigente
en la ciudad de Bogotá D.C.,
los días 22 y 23 de Mayo de 2015.

**Dr. Hugo Armando Méndez Arévalo**
Gerente

**Dra. Olga Yumary Ramírez**
Subdirectora Científica

**Dr. Ana María Granada Copete**
Presidente Comité Etica Investigación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL SANTA CLARA

# IV Simposio de Investigación

## ¨Ética e Investigación Médica¨

**EL HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E CERTIFICA QUE:**

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
C.C. 19.419.089

Asistió al IV Simposio de Investigación
¨Ética e Investigación Médica¨,
realizado en la ciudad de Bogotá, el 22 de mayo de 2015

**Dr. Hugo Armando Méndez Arévalo**
Gerente

**Dra. Olga Yumary Ramírez**
Subdirectora Científica

**Dr. Carlos Enrique Awad**
Líder Investigación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA**

**Otorga el presente**
**Certificado a**

# PABLO ALEJANDRO PINZÓN AVILA

**Por su asistencia al 42 Congreso Nacional Avances en Cirugía**

Hotel Sheraton – Bogotá
Agosto 23, 24, 25 y 26 de 2016

Este Congreso otorga (150) Créditos para el Programa de Recertificación para los MACC

**Jesus Vásquez, MD., FACS**
Presidente Asociación Colombiana de Cirugía

Universidad del Rosario

# LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
# LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
# Y EDUCACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

## Certificado a

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

C.C. No. 19419089

Por su asistencia y participación en el ***SEMINARIO HERNIOPLASTIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA***, realizado el 16 y 17 de junio de dos mil diecisiete (2017), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017).

**GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H**
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

**CAROL VANEGAS SALINAS**
Gerente
Educación Continua

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código: 2584-9

FUCS

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

## PAULO PINZON AVILA

### C.C 19419089

Asistió en calidad de participante al:

## I SIMPOSIO INTERDISCIPLINARIO DE CIRUGÍA ROBÓTICA

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 26 al 27 de Mayo de 2017,
con una intensidad de 16 horas.

En constancia firman:

**Dr. Sergio Parra Duarte**
Rector

**Dr. Mauricio Wagner Vásquez**
Director Educación Continuada

Educación Continuada

Vigilada MinEducación

Ethicon
Endo-Surgery

**CERTIFICA QUE:**

# *Dr. Pablo Pinzon*

Participó en el Curso Taller **ENERGIAS - SUTURA MECANICA**
con una intensidad de 5 horas el día 02/04/11.

**EDUCACION PROFESIONAL**
**Ethicon Endo-surgery**

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

# El Rector y Claustro del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Por cuanto el Señor Doctor Pablo Alejandro Pinzón Avila

Ha ejercido la docencia con la extensión que piden las tradiciones y reglamentos de la Facultad de Medicina de este Colegio Mayor, con especial dedicación y singular competencia, le otorgan el carácter de

Instructor Asistente por Méritos Académicos de Cirugía General

Institución Hospital Universitario Mayor

Con todos los derechos y preeminencias que esta calidad confiere, de acuerdo con el Decreto Rectoral 991 del 23 de octubre de 2007 y en fe de lo cual le extienden el presente Diploma, en el Aula Máxima del Colegio a los tres (3) días del mes de junio de 2009

El Rector

El Secretario General



El Vicerrector

El Decano de la Facultad

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

# FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

## FACULTAD DE MEDICINA

Al Doctor

*Pinzón Avila Pablo*

identificado con la Cedula de Ciudadanía No. Expedida en

Docente Adscrito AD HONOREM en

*Cirugia General*

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia,

a los *Treinta y Un* (31) días del mes de *Mayo* del año Dos Mil Uno (2001)

Victor Hugo Pacheco Rojas
Vicedecano

Secretario Académico

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Pablo Alejandro Pinzón Avila en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico Cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 19419089 Bogotá

Tarjeta profesional No: 13202 Minsalud

Dirección de contacto: Calle 2ª A # 18-34

Teléfono: 3105621788

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Pablo Alejandro Pinzón Avila en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Especialista en Cirugía General
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1941908 9 Bogota

Tarjeta profesional No: 13202 Minsalud

Dirección de contacto: Calle 25 A # 18-34

Teléfono: 3105621788

HSR

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
GERENCIA PARA LA SALUD
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL GIRARDOT
Entidad bajo control de la Superintendencia Nacional de Salud

**EL JEFE DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE GIRARDOT**

H A C E  C O N S T A R :

Que el Doctor **PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA**, Identificado con cédula de ciudadania Número 19.419.089 expedida en Bogotá, laboró en esta Institución, desde el 01 de Noviembre de 1.989 hasta el 31 de Mayo de 1.994, de planta en jornada de ocho (08) horas desempeñando el cargo de **Especialista Cirugia General**

Expedida en Girardot, a los Catorce (14) días del mes de Abril mil novecientos noventa y ocho (1998), a solicitud del Interesado, para presentar en la **CLINICA SAN PEDRO CLAVER DEL ISS BOGOTA.**

**GERMAN RICARDO OVIEDO ROA**
Jefe Departamento II( Personal )

Belen

S. UPJ 113 SPC
REGIONAL RECIBIDO
20 3 23 PM

*Cundinamarca ... Responsabilidad de Todos !*

SEGURO SOCIAL

**LA GERENTE NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (E)**

**HACE CONSTAR :**

*Con oficio DUH.CSPC No.06864 del 20 de octubre de 2004, remitido en original a esta Gerencia por el doctor CHARLES RODOLFO BAYONA MOLANO - Director de la Unidad Hospitalaria Clínica San Pedro Claver, certifica que de acuerdo con la hoja de vida,* ***PINZON AVILA PABLO ALEJANDRO,*** *con cédula de ciudadanía No.19.419.089, ingresó al Instituto de Seguros Sociales el 30 mayo de 1994. Cargo.MEDICO ESPECIALISTA GRADO 38, en jornada laboral de 8 horas, asignación básica más incremento por servicios.TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCO PESOS ($3.487.105.oo)M/CTE. En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1750 del 26 de junio de 2003, se incorporó automáticamente y sin solución de continuidad a la E.S.E.LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO.*

*En el evento que la presente constancia tenga enmendaduras carece de validez.*

*Se expide en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días de octubre de 2004, a solicitud del peticionario, para Embajada Americana.*

**SANDRA ISABEL MEZA DEVIA**

SRL/ARG/F.F.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LUIS CARLOS GALAN
SARMIENTO
DIVISION RECURSOS HUMANOS

# C E R T I F I C A :

Que, **PINZON AVILA PABLO ALEJANDRO** identificado (a) con cédula de Ciudadanía 19419089 presta sus servicios a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO** de acuerdo con el Decreto 1750 del 26 de junio del 2003, como **MEDICO ESPECIALISTA** Grado22 Jornada laboral 8 horas, en la **UNIDAD HOSPITALARIA CLINICA SAN PEDRO CLAVER**, con un salario mensual de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCO PESOS ($3.487.105), que incluye prima individual por compensación.**

En el evento que la presente certificación tenga enmendaduras carece de validez.

Se expide a los catorce (14) días del mes de octubre de dos mil cuatro (2004) a solicitud del interesado, con destino Embajada Americana.

MAZ STELLA MAYORGA LOZADA
Jefe División de Recursos Humanos

C.C. Hoja de vida
CGS-Archivo

**"UN PACTO CON EL CORAZON"**
**Un saludo, Una sonrisa, Un buen servicio**

# COOPERATIVA DE CIRUJANOS DE COLOMBIA
## CO OPERANDO.MD .

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE CIRUJANOS DE COLOMBIA COOPERANDO. MD.**

## CERTIFICA:

Que el Dr. **PABLO ALEJANDRO PINZO AVILA,** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.419.089 de Bogotá, se encuentra laborando como miembro activo de esta Cooperativa, ejerciendo como cirujano general en la antigua Unidad Hospitalaria Clínica San Pedro Claver hoy llamada Unidad Hospitalaria Universitaria Mayor; desde el mes de noviembre del 2007; y generando una compensación mensual de $ 4'800.000.

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 16 días del mes de Junio de 2008.

Cooperativa de Cirujanos de Colombia
COOPERANDO.MD.
NIT. 900173077-3

***WILLIAM FLYE CARNE***
***Representante Legal***

méderi

**LA CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**
**NIT 900210981.**

**CERTIFICA QUE:**

**PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA** con Cédula de Ciudadanía Nro 19.419.089 de BOGOTA D.C., está vinculado a la **CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD** desde el **1 de marzo de 2012**, con un contrato a termino Fijo, ocupando el cargo de **CIRUJANO GENERAL**, con un salario integral mensual de Nueve millones cuatrocientos setenta y ocho mil pesos mcte ($ 9.478.000,00)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 18 días del mes de agosto de 2017.

*MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL*
*Gestor de Talento Humano*
**Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**

Esta certificación es generada automáticamente, por tal razón MEDERI no se hace responsable de modificaciónes no autorizadas de la información que aquí se presenta; para validar este documento favor llamar a la oficina de talento humano al teléfono: 5600520 extensiones 4132 - 4121.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

***HACE CONSTAR QUE:***

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA** Identificado con CC. N° 19.419.089, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

| | | |
|---|---|---|
| N°AS577/2006 | del | 2 de Mayo al 31 de Agosto de 2006. |
| N°AS811/2006 | del | 1 al 30 de Septiembre de 2006. |
| N°AS1409/2006 | del | 2 de Octubre de 2006 al 1 de Enero de 2007. |
| N°AS016/2007 | del | 2 de Enero al 30 de Septiembre de 2007. |
| N°AS991/2007 | del | 1 al 31 de Octubre de 2007. |
| N°AS1600/2007 | del | 1 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2007. |
| N°AS552/2008 | del | 22 de enero al 30 de junio de 2008 |
| N°AS1363/2008 | del | 1 al 31 de julio de 2008 |
| N°AS1913/2009 | del | 1 de agosto al 31 de diciembre de 2008 |
| N°AS401/2009 | del | 1 de enero al 30 de junio de 2009 |
| N°AS1380/2009 | del | 1 al 31 de julio de 2009 |
| N°AS2052/2009 | del | 11 de agosto al 31 de octubre de 2009 |
| N°AS2827/2009 | del | 5 de noviembre al 31 de diciembre de 2009 |
| N°AS398/2010 | del | 12 de enero al 30 de junio de 2010 |
| N°AS1725/2010 | del | 9 de julio al 31 de octubre de 2010 |
| N°AS2911/2010 | del | 5 de noviembre al 31 de diciembre de 2010 |
| N°AS586/2011 | del | 5 de enero al 30 de junio de 2011 |
| N°AS1589/2011 | del | 5 de julio al 30 de septiembre de 2011 |
| N°AS2778/2011 | del | 10 de octubre al 31 de octubre de 2011 |
| N°AS 3501 2011 | del | 11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011 |
| N°AS 649 2012 | del | 10 de enero al 30 de septiembre de 2012 |
| AS 2561 2012 | del | 01 al 31 de octubre de 2012 |
| AS 3031 2012 | del | 07 al 30 de noviembre de 2012 |
| AS 4107 2012 | del | 26 al 31 de diciembre de 2012 |
| AS 673 2013 | del | 01 al 31 de enero de 2013 |
| AS 869 2013 | del | 02 de enero al 31 de mayo de 2013 |
| AS 1409 2013 | del | 01 al 30 de junio de 2013 |
| AS 1532 2013 | del | 01 de julio al 31 de agosto de 2013 |
| AS 2780 2013 | del | 03 al 30 de septiembre de 2013 |
| AS 3871 2013 | del | 07 al 31 de octubre de 2013 |
| AS 4734 2013 | del | 20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013 |
| AS 0766 2014 | del | 16 de enero al 31 de mayo de 2014 |
| AS 1908 2014 | del | 03 de junio al 30 de agosto de 2014 |
| AS 3312 2014 | del | 09 al 30 de junio de 2014 |
| AS 3788 2014 | del | 01 al 31 de octubre de 2014 |
| AS 4351 2014 | del | 11 al 30 de noviembre de 2014 |
| AS 5251 2014 | del | 30 al 31 de diciembre de 2014 |
| AS 0427 2015 | del | 02 al 31 de enero de 2015 |
| AS 0934 2015 | del | 10 de febrero al 31 de marzo de 2015 |
| AS 1412 2015 | del | 01 de abril al 31 de agosto de 2015 |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

| | | |
|---|---|---|
| AS 2369 2015 | del | 07 de septiembre al 31 de octubre de 2015 |
| AS 3248 2015 | del | 06 al 30 de noviembre de 2015 |
| AS 4104 2015 | del | 01 al 31 de octubre de 2015 |
| AS 0507 2016 | del | 01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017 |
| PS-1085-2017 | del | 10 de enero de 2017 EN EJECUCION |

Con Orden de Prestación de Servicios vigente PS-1085-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de marzo de 2017, honorarios promedio mensuales ($6.440.000).

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONAL, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los ocho (08) días, del mes de Marzo de 2017

Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 # 33A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

**HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ**
**Jefe Oficina Asesora Jurídica**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Oficina Jurídica- Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro -Apoyo Administrativo OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.419.089**

APELLIDOS **PINZON AVILA**

NOMBRES **PABLO ALEJANDRO**



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1960**

**DUITAMA**
**(BOYACA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**30-MAR-1979 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00002381-M-0019419089-20080328 0000062366A 1 6200004016

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14397035098

(415)7707212489984(3020) 000001439703509 8

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

## 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 9 4 9 0 8 9 | 1 9 7 9 0 3 3 0 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PINZON | AVILA | PABLO | ALEJANDRO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 2 A 18 34 BRR EDUARDO SANTOS

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| papinzoncge@yahoo.com | | 3 1 0 5 6 2 1 7 8 8 | 3 3 3 2 9 0 1 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### 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: | 5 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

### 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: 2 0 1 6 1 2 0 6

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: PINZON AVILA PABLO ALEJANDRO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 14-08-2017 12:40:30PM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 29-12-2017
Hora: 12:18:38 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 19419089-4 PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

**Información General**

*Dirección* CL 2 A 18 34

*Teléfonos* 3332901-3105621788
*Dirección electrónica* papinzoncge@yahoo.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 24/09/2013
*Soporte Inscripción* 15691598
*Fecha Inicio Actividades* 15/04/2006
*Fecha Cese Actividades*
*Fecha de Informe del Cese*
*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL
*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8610-ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002551519

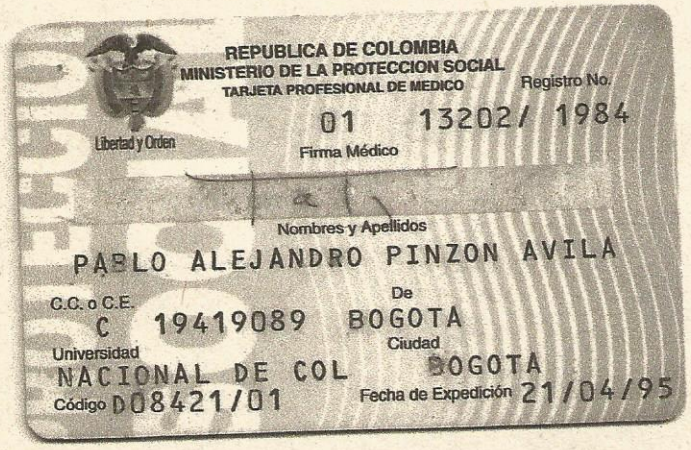
*Fuente ICA TE TOCA*

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
19419089
PINZON AVILA
PABLO ALEJANDRO
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA
31 DIC
2A. LINEA
31 DIC
3A. LINEA
31 DIC
PROFESION MEDICO CIRUJANO


DUPLICADO
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
-Tomar posesion de los empleos públicos o privados
-Ingresar a la carrera administrativa
-Obtener o retrendar el pase o licencia para conducir vehiculos
-Registrar titulo como profesional y ejercer la profesión
-Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
-Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservistas de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa
005039



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.
01 13202/ 1984

Libertad y Orden

Firma Médico

Nombres y Apellidos
PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

C.C. o C.E.
C 19419089

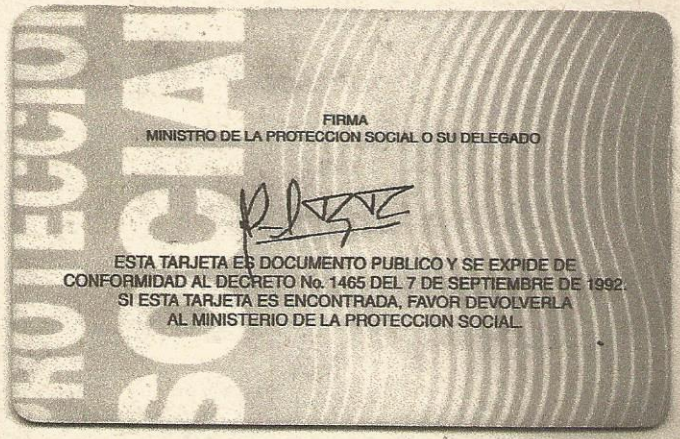
De
BOGOTA
Ciudad

Universidad
NACIONAL DE COL

BOGOTA

Código D08421/01

Fecha de Expedición 21/04/95



FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

RESOLUCION NUMERO 00[illegible] DE 19

29 SET. 1984

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134 de 1956 y en desarrollo de las Resoluciones números 05301 y 05665 de 1983, y

CONSIDERANDO

Que PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA, con cédula de ciudadanía No. 19.419.089. de Bogotá, ha solicitado la refrendación de su Diploma de MEDICO CIRUJANO, que le otorgó La Universidad Nacional de Colombia. el 29 de Junio de 19 84. y

Que dicho Diploma se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación D.E. De Bogotá al folio 25.P del libro 84 el 7. de septiembre de 1.984

Que según acta del Sorteo No. 1. de julio 24 de 1.984, quedó exonerado de cumplir con el servicio social obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO — Autorízase a PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

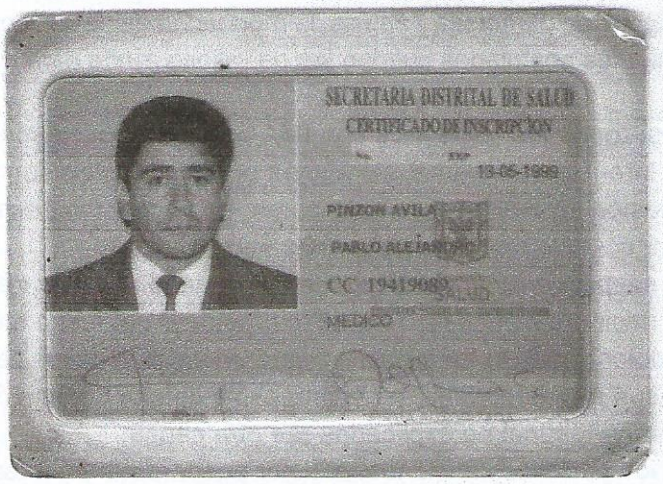
Por el Ministro de Salud

HUMBERTO CORDOBA H.
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN FARRA
Jefe Sección Profesiones

Mdep.

INSALUD 101


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
13-05-1998
PINZON AVILA
PABLO ALEJANDRO
CC 19419089
MEDICO

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

19419089

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

# Tribunal de Ética Médica de Bogotá
## Ley 23 de 1981

## CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo computarizado de esta Corporación, no se encontró que durante los últimos cinco (5) años **PABLO ALEJANDRO PINZÓN AVILA**, quien presenta la cédula de ciudadanía No. 19.419.089 de Bogotá y Registro Médico No. 01-13202/1984 del Ministerio de la Protección Social, registre antecedentes disciplinarios.

Se aclara que esta información no incluye la que puedan tener los demás Tribunales Seccionales.

La presente certificación se expide en Bogotá, D. C, a los veintitrés (23) días del mes de octubre de dos mil diecisiete (2017).

TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA
Presidencia

**OSWALDO ALFONSO BORRAEZ GAONA**
**Presidente**

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tel. 2578308 - 6363720
Bogotá D.C.

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

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

## Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Pablo |
| Apellidos: | Pinzon |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. Pasaporte No. 19419089 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 17 Mes 11 Año 1960 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 15 OCT. 2015 | AHBVC405AP016 | MARLIN BARRETO INMUNIZACIÓN |
| | 2 | 20 NOV. 2015 | AHBVC408AP016 | MARLIN BARRETO INMUNIZACIÓN |
| | 3 | 28 ENE. 2016 | 1434021-01 | MARLIN BARRETO INMUNIZACIÓN |
| | R | 15 MAR. 2017 | 1434026-07 | INMUNIZACIÓN COMPENSAR |

compensar salud

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



**FECHA** 24-nov-2016 **HORA** 10:51:08
**EMPRESA** SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ORIENTE ESE
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Pablo Alejandro Pinzon Avila
Edad 56 años 7 dias
Documento de Identificación: CC Número: 19419089
Cargo CIRUJANO

**RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :**

| EXÁMENES | FECHA | RESULTADO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|

**Diagnóstico 1:** Z100 Examen de salud ocupacional

**Recomendaciones:**

**Otras Recomendaciones** Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos postulares adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal. Bajar de peso dieta ejercicio . uso de gafas permanentes.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISION A EPS?: NUTRICION

**Apto** PARA LABORAR EN EL CARGO

**Aptitud Especifica:**

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

**Tipo de Restriciones:**

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bipeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Moviminetos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**

Firma Henry Orozco Solano. Méd Esp. Salud Ocup. Reg. Med. 0656-09 - Liuan..ta 10921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

RM. 10921 Lic.SO:

**Trabajador**

Firma

Nombre: Pablo Alejandro Pinzon Avila

CC N° 19419089

Huella

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

# Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael

BOGOTÁ COLOMBIA

## Otorga A:

## *Dr (a). PABLO PINZON*

**Identificada(o) con CC No. 19419089**

---

**Que ha completado satisfactoriamente el curso SOPORTE VITAL BÁSICO, superando las pruebas de evaluación teórico-prácticas y las demás condiciones exigidas por la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Curso desarrollado con una intensidad de 20 horas.

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
DIRECTORA

PATRICIA GÓMEZ MORENO
Directora

Instructor

Resolución 04 307 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá
Vigencia 27-05-2023

EAESR42989

Realizado en Bogotá D.C, 5 de Septiembre de 2018

ISO 9001 Icontec
NTC 5555 Icontec
Certificación de Servicios Icontec
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios PROVINCIA COLOMBIANA

Scanned by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

# Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael

BOGOTÁ COLOMBIA

## Otorga A:

## *Dr (a). PABLO PINZON*

**Identificada(o) con CC No. 19419089**

---

**Que ha completado satisfactoriamente el curso SOPORTE VITAL AVANZADO, superando las pruebas de evaluación teórico-prácticas y las demás condiciones exigidas por la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Curso desarrollado con una intensidad de 48 horas.

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
BOGOTÁ

PATRICIA GÓMEZ MORENO
Directora

Instructor

Realizado en Bogotá D.C, 5 de Septiembre de 2018

EAESR42989

Resolución 04-1007 de mayo de 2016 de la secretaría de Educación de Bogotá
Vigencia 27/05/2023

ISO 9001 icontec
NTC 5555 icontec
Certificación de Servicios icontec
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

ORDEN HOSPITALARIA DE
San Juan de Dios
PROVINCIA COLOMBIANA

Subred Integrada de Servicios de Salud

**Centro Oriente E.S.E.**

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

# CERTIFICA QUE:

## PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

C.C.: 19419089

## Asistió a la capacitación en:

## Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Secretaría de Salud

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

| FECHA: | Dic 12/18 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Distrito Capital |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

### CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pinzón | Avila | Pablo | Alejandro | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 19419089 | Bogotá | 1979/03/30 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ | ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1960/11/17 | Duitama | Colombia | Colombiano |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | 2 | 2 | 3105621788 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | CUAL: | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Calle 2ª A #18-34 | Bogotá | Distrito Capital | Colombia | 3332901 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| Papinzoncge@yahoo.com. | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Camargo | Fajardo | Ana | Lucia |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 51689382 | Bogotá | 1981/08/30 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | | NACIONALIDAD: | Colombiana |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: | Medico Especialista |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA..... ☐ | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☒ | | SI ☐ NO ☒ | 8610 | |
| | | NO ☐ | ICA | SI ☒ NO ☐ | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | Subred Integrada Centro Oriente ESE |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☒ SALUD ☐ | # NIT 900959051-7 |
|---|---|---|---|

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Diagonal 34# 5-43 | 3649666 | Bogota | Destrito Capital | Colombia |

| CARGO ACTUAL | Cirujano | FECHA VINCULACION | 2016/07/01 |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | 9500000 | GASTOS FAMILIARES | 7000000 | AHORROS | 500000 | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 5000000 | ARRIENDOS | 2130000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | 60000000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | 250000000 | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | 130000000 |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 5000000 | OTROS ACTIVOS* | 150000000 | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 14500000 | TOTAL EGRESOS | 14130000 | TOTAL ACTIVOS | 175500000 | TOTAL PASIVOS | 190000000 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | Pagos Varios | | |

**6. REFERENCIAS PERSONALES**
( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Peñaranda | Narvaez | Luis | Alberto |

| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
|---|---|---|---|
| Calle 45C # 21-24 | Distrito Capital | Amigo | 3102300586 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Banco de Bogota | Cuenta de Ahorros | | Chapinero | 3077000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO (NO) ☐

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Cirujano General.

**2.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
**3.** No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
**4.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
**5.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
**6.** Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
**7.** Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**Asalariado**:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

**1.** Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
**2**. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
**3.** Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
**4.** Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
**5.** Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
**6.** Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

## 10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

## CONSIDERACIONES

**1.** Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

## AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
**1.** FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
**4.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

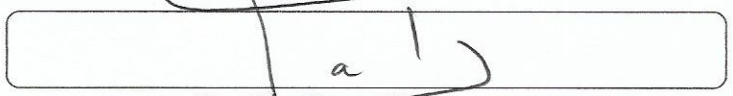
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | |
| **7. Firma y Cédula** | | | |

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

| | | |
|---|---|---|
| **1. Fecha** | **2. Ciudad** | |
| **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | |
| **4. Lugar de la verificación:** | | |
| **5. Observaciones:** | | |
| **6. Firma y cédula:** | | |

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

## HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA identificado(a) con cedula ciudadania 19.419.089 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD NIT 900210981, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro | Semanas Cotizadas |
|---|---|---|
| 20161118 | No Registrada | 204 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Diciembre de 2.018

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SUB RED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10520433

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **19419089,** se encuentra afiliado (a) desde **10/12/1984** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de diciembre de 2018.

**Rosa Mercedes Niño 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 19419089 | Positiva |
| Numero de Documento | ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PABLO | ALEJANDRO | PINZON | AVILA |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17/11/1960 | DUITAMA | Calle 2a A # 18-34 | 3332901 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| COMPENSAR | COLPENSIONES | 5000000 |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| cirujano | |
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| papinzoncge@yahoo.com | 3105621788 |
| Correo Electrónico | Celular |

| | |
|---|---|
| Firma del Afliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
| | C.C. |

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**
**Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 118919069

WEB
21:14:15


Bogotá DC, 06 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19419089:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

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 06 de diciembre de 2018, a las 21:22:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 19419089 |
| Código de Verificación | 19419089181206212240 |

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

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

Soraya Vargas P.

**SORAYA VARGAS PULIDO**
CONTRALORA DELEGADA

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2593990**

**Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 21:17 pm**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

**19419089**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_8KZZZ_1721**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 21:30:55 horas del 06/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **19419089**

Apellidos y Nombres: **PINZON AVILA PABLO ALEJANDRO**

**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

nti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 icontec ISO 14001 icontec ISO/IEC 27001 icontec

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.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

***REFERENCIA BANCARIA***

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PINZON AVILA PABLO ALEJANDRO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 19419089 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

| | | |
|---|---|---|
| [ ] | Cuenta Corriente No. | *-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*- // |
| [X] | Cuenta de Ahorros No. | 040255366 abierta desde el 07/06/96 |
| [ ] | Créditos hasta por valor de | $0.00 |

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA----------

Se expide en BOGOTA D.C. el día 10 del mes de Diciembre del año 2018 con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE

Banco de Bogotá
OFICINA GALERIAS

Firma Autorizada

075 Galerias

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

# Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

DIAN

PRIVADA

**210**

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113606037691

(415)7707212489984(8020) 000211360603769 1

**Datos del declarante**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12 Cód. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 9 4 1 9 0 8 9 | 4 | PINZON | AVILA | PABLO | ALEJANDRO | 3 2 |

24. Actividad económica: 8 6 2 1 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2016 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Patrimonio** | Patrimonio bruto | 29 | 222,708,000 |
| | Deudas | 30 | 154,592,000 |
| | **Total patrimonio líquido** | 31 | 68,116,000 |
| **Rentas de trabajo** | Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.) | 32 | 138,341,000 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 33 | 8,747,000 |
| | **Renta líquida** | 34 | 129,594,000 |
| | Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables | 35 | 42,620,000 |
| | **Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables** (limitadas) | 36 | 42,620,000 |
| | **Renta líquida cedular de trabajo** | 37 | 86,974,000 |
| **Renta de pensiones** | Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 38 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 39 | 0 |
| | **Renta líquida** | 40 | 0 |
| | Rentas exentas de pensiones | 41 | 0 |
| | **Renta líquida cedular de pensiones** | 42 | 0 |
| **Rentas de capital** | Ingresos brutos rentas de capital | 43 | 6,000 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 44 | 4,000 |
| | Costos y gastos procedentes | 45 | 0 |
| | **Renta líquida** | 46 | 2,000 |
| | Rentas líquidas pasivas de capital – ECE | 47 | 0 |
| | Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital | 48 | 0 |
| | **Rentas exentas de capital y deducciones imputables** (limitadas) | 49 | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | 50 | 2,000 |
| | **Pérdida líquida del ejercicio** | 51 | 0 |
| | Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores | 52 | 0 |
| | **Renta líquida cedular de capital** | 53 | 2,000 |
| **Rentas no laborales** | Ingresos brutos rentas no laborales | 54 | 75,098,000 |
| | Devoluciones, rebajas y descuentos | 55 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 56 | 10,872,000 |
| | Costos y gastos procedentes | 57 | 7,635,000 |
| | **Renta líquida** | 58 | 56,591,000 |
| | Rentas pasivas no laborales – ECE | 59 | 0 |
| | Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales | 60 | 0 |
| | **Rentas exentas no laborales y deducciones imputables** (limitadas) | 61 | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | 62 | 56,591,000 |
| | **Pérdida líquida del ejercicio** | 63 | 0 |
| | Compensaciones | 64 | 0 |
| | Rentas líquidas gravables no laborales | 65 | 0 |
| | **Renta líquida cedular no laboral** | 66 | 56,591,000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Renta por dividendos y participaciones** | Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 67 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 68 | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores** | 69 | 0 |
| | 1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 70 | 0 |
| | 2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 71 | 0 |
| | Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior | 72 | 0 |
| | Rentas exentas de la casilla 72 | 73 | 0 |
| | **Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones** | 74 | 0 |
| **Renta** | **Total rentas líquidas cedulares** | 75 | 143,567,000 |
| | Renta presuntiva | 76 | 0 |
| **Ganancia Ocasional** | Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior | 77 | 0 |
| | Costos por ganancias ocasionales | 78 | 0 |
| | Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 79 | 0 |
| | **Ganancias ocasionales gravables** | 80 | 0 |
| **Liquidación privada** | **Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares** — De trabajo y de pensiones | 81 | 12,883,000 |
| | De capital y no laborales | 82 | 6,221,000 |
| | Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69 | 83 | 0 |
| | Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes. 1a. Subcédula | 84 | 0 |
| | Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes. 2a. Subcédula, y otros | 85 | 0 |
| | **Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares** | 86 | 19,104,000 |
| | **Impuesto sobre la renta presuntiva** | 87 | 0 |
| | **Total impuesto sobre la renta líquida** | 88 | 19,104,000 |
| | **Descuentos** — Impuestos pagados en el exterior | 89 | 0 |
| | Donaciones | 90 | 0 |
| | Otros | 91 | 0 |
| | **Total descuentos tributarios** | 92 | 0 |
| | **Impuesto neto de renta** | 93 | 19,104,000 |
| | Impuesto de ganancias ocasionales | 94 | 0 |
| | Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 96 | 0 |
| | **Total impuesto a cargo** | 96 | 19,104,000 |
| | Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 97 | 0 |
| | Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 98 | 0 |
| | Retenciones año gravable a declarar | 99 | 16,289,000 |
| | Anticipo renta para el año gravable siguiente | 100 | 0 |
| | **Saldo a pagar por impuesto** | 101 | 2,815,000 |
| | Sanciones | 102 | 0 |
| | **Total saldo a pagar** | 103 | 2,815,000 |
| | **Total saldo a favor** | 104 | 0 |

(415)7707212489984(8020)577058000000194190890400(3900)0000002815000(96)20180816

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación dependiente: 1015465587 | 108. Parentesco: HIJA

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 2,815,000

982. Cód. Contador | Firma contador | 984. Con salvedades

996. Espacio para el número interno dela DIAN. Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

2018315778094 2

COLPATRIA
OFICINA GALERIAS
CAJA 03
15 AGO 2018
O.F. 053
RECIBIDO CON PAGO