FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Pinilla	Rincon	Luis Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79166911	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 79166911 D.M. 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 08 AÑO 1974	CARRERA 5 2 41			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	VILLA DE SAN DIEGO DE		
MUNICIPIO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ	TELÉFONO	3115192343	EMAIL	luisferpinilla@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	06	2004	79166911

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO PROVINSALUD I.P.S. LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3132086128	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ODONTOLOGO	*DEPENDENCIA* ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 8 115					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE CENTRO DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CUCUNUBÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112517572	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ODONTOLOGO	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 4 61					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Cucuncba 14/08/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-08-13 08:10

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	FERNANDO	PINILLA	RINCON

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79166911

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CENTRO DE SALUD - CUCUNUBA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	CUCUNUBÁ
Dirección	["CRA. 4 No. 4 - 61 Cucunubá"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



LUIS FERNANDO
PINILLA RINCON

C.C. o C.E. 79166911

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

ODONTOLOGO(A)

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 31/10/2006

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERIA JURIDICA 4571 DE 1977

CONFIERE EL TITULO DE

ODONTOLOGO

A

Luis Fernando Ariza Rincón

C.C. No. **79.166.911** de **Ubaté(Cund.)**

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C., A LOS 26 DIAS DEL MES VIII DE 2004

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

MINISTERIO DE SALUD
DIVISION SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA

REGISTRADO AL FOLIO 699-1 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 14

Reconócese este título para todos los efectos legales
Bogotá 09 Agosto 2005

BOGOTA, D.C. 27 DE VIII DE 2004

No. 25607

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO NUMERO 25687

El Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **LUIS FERNANDO PINILLA RINCÓN**

Con cédula de ciudadanía No. 79.166.911 de Ubaté(Cund.)

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **ODONTOLOGIA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

ODONTOLOGO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, a los 26 días del mes de AGOSTO de 2004

Firmado
MARY FALK DE LOSADA
RECTOR

Firmado
ORLANDO ANTONIO MONTADA
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

NOTARIA TREINTA Y SIETE DE BOGOTA D.C.
TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

C E R T I F I C A

Que previa confrontación con el(los) autógrafo(s) registrado(s) en los libros de esta Notaria, la firma(s) anterior (es) corresponde(n) a: MARY FALK DE LOSADA / MARTHA LUCIA CARVALHO QUIGUA
en calidad de RECTOR y Secretario(a) de
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Bogotá D.C., 01 DE SEPTIEMBRE DE 2004

NOTARIO TREINTA Y SIETE DE BOGOTA D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
ALVARO ROJAS CH.
NOTARIO
Notaria 37 de Bogotá, D.C.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ESCANEE EL CÓDIGO PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO

Salud

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS



Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud

Luis Fernando Pinilla Rincon

Odontólogo

CC 79166911

Universidad Antonio Nariño
Bogotá, D.C.

Diploma: 26/08/2004
ReTHUS: 02/08/2005

Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

Si esta tarjeta es encontrada, por favor informar al *Colegio Colombiano de Odontólogos: contacto@colegiodeodontologos.org*

Salud

Duván Franco Mendoza
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontólogos

CARRERA 7 # 127 – 48, OFICINA 304 BOGOTÁ D.C.
WWW.COLEGIODEODONTOLOGOS.ORG
CONTACTO@COLEGIODEODONTOLOGOS.ORG
(+57) 601 805 7146

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3245 DE 2005

(02 AGO. 2005)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956 del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **LUIS FERNANDO PINILLA RINCON,** con cédula de ciudadanía **No. 79.166.911 de Ubaté (Cundinamarca),** ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **ODONTOLOGO, TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO, BOGOTA, D.C, SEGUN ACTA DE GRADO No.25687, DE FECHA 26 DE AGOSTO DE 2004.**

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado **al Folio No.699-1, libro 14, por la Secretaría de la Universidad, Bogotá, D.C., del 27 de agosto de 2004.**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio de seis (6) meses, tal y como lo determina la Resolución No. 01140 del 4 de septiembre de 2002, emanada del Ministerio de Salud, en **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE CAQUEZA CUNDINAMARCA, DEL 13 DE DICIEMBRE DE 2004 AL 17 DE JUNIO DE 2005.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **LUIS FERNANDO PINILLA RINCON,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 79.166.911 de Ubaté (Cundinamarca),** para ejercer la profesión como **ODONTOLOGO,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 02 AGO. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Vo.Bo. Dra. María Isabel Serrano Rangel./ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes. W.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

79166911

Primer Nombre

LUIS

Primer Apellido

PINILLA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7475

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-21→12:04:30 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Deta
CC	79166911	LUIS	FERNANDO	PINILLA	RINCON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUIS FERNANDO PINILLA RINCON identificado(a) con CC 79166911 registra La siguiente información:

2026-08-21→12:04:30 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2005-08-02	3245	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación

EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ

CERTIFICA:

La E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA, es un establecimiento público del nivel Municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.
El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016, establece que *"el Régimen jurídico de los contratos, de* una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"
El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.
- El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.
- La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados; vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.

Que revisados los expedientes contractuales en el área de contratación de la **E.S.E CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA – CUNDINAMARCA**, se encontró que el Señor **LUIS ERNANDO PINILLA RINCON** identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.166.911 de Ubaté, celebró con la E.S.E. el siguiente contrato de prestación de Servicios:

	No. CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	VALOR CONTRATO
1	137-2025	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A AL GESTION INSTITUCIONAL AL PROCESO DE ATENCION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD CUCUNUBA.	2 MESES	30/10/2025	29/12/2025	$ 4.000.000

Dada en Cucunubá a los veinte (20) días del mes de agosto de 2026.

KAREN LORENA VELASQUEZ PACHON
Subgerente E.S.E Centro de Salud Cucunubá

PROVINSALUD IPS LTDA.
Trato digno, respetuoso y seguro,
nuestra meta para usted y su familia

EL SUSCRITO GERENTE DEL CENTRO MEDICO PROVINSALUD IPS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
NIT. 900.124.020-5

CERTIFICA QUE:

El doctor, **LUIS FERNANDO PINILLA RINCON,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.166.911, labora en esta institución como: **ODONTOLOGO**, desde el 2 de marzo del 2020 hasta la fecha, con un contrato por prestación de servicios, el cual se ha venido renovando a la fecha de su vigencia.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los cinco días (5) del mes de agosto del 2026.

En constancia firma,

DRA. ALBA GUTIERREZ C.
GERENTE
E/Angie Gómez

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141130488201

(415)7707212489984(8020) 000014113048820 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 1 6 6 9 1 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINILLA	RINCON	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

41. Dirección principal: CR 5 2 41

42. Correo electrónico: luisferpinilla@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 1 9 2 3 4 3	

CLASIFICACIÓN

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 2 2	2 0 0 4 1 1 0 1	8 2 9 9	2 0 0 4 1 1 0 1				2 2 2 2	

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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: 2024-09-27 / 07:58:39PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de agosto de 2026, a las 10:25:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79166911
Código de Verificación	7916691126080410255O

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300847613

PIB
08:39:59

Bogotá DC, 07 de agosto del 2026

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) LUIS FERNANDO PINILLA RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79166911:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/08/2026 10:27:04 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79166911** y Nombre: **LUIS FERNANDO PINILLA RINCON.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **145172020** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:36:01 AM horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79166911**
Apellidos y Nombres: **PINILLA RINCON LUIS FERNANDO**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:33:15 horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79166911,** Apellidos y Nombres **PINILLA RINCON LUIS FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA**, con NIT **832010240-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 79166911 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 04/08/2026 10:28 AM

Código Verificación: **8DMN693UFB**

Válida hasta: **02/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES

CIUDAD/ DEPARTAMENTO	FECHA
Ubaté / Cundinamarca	04/08/2026

Luis Fernando Ruille Rincón, Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N.º 79166911, expedida en Ubaté Domiciliado (a) en la Ciudad de Ubaté / Cundinamarca ; manifiesto bajo la Gravedad de Juramento no estar incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad establecidas en la Constitución y la Ley, para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículos 126 y 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado.

FIRMA

CC. 79166911

SaludTotal

BOGOTA, Agosto 3 de 2026

Señor:

PINILLA RINCON LUIS FERNANDO

CC. 79166911CR 5 2 41 UBATE - 8550452

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 10 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
PINILLA RINCON LUIS FERNANDO	79166911	C	Ene-10-2012	494	100	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
A G M SALUD CTA	79166911	Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado	CERRADO
A G M SALUD CTA	79166911	Dependiente	CERRADO
LUIS FERNANDO PINILLA RINCON	79166911	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
PLAN SALUD LIMITADA	79166911	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS FERNANDO PINILLA RINCON, identificado(a) con C.C 79.166.911, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 03 de agosto de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

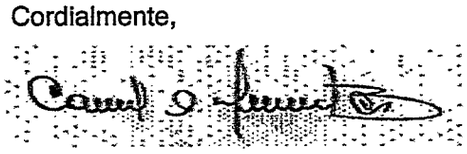
Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	PINILLA RINCON LUIS FERNANDO
IDENTIFICACIÓN:	CC 79166911
INICIO VIGENCIA:	13/06/2017
FECHA INICIO CONTRATO:	05-12-2016
FECHA FIN CONTRATO:	31-12-2027
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	Principal
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)
	DATOS CONTRATANTE
CONTRATANTE:	CENTRO MEDICO PROVINSALUD IPS
CC /NIT:	NI 900124020
CONTRATO:	95003932
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	2862101
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internación, incluye consulta y tratamiento médico general y especializado realizada por médicos generales, especialistas y cirujanos; los servicios de consu (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 13 días del mes de agosto del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 13/08/2026 8:13:56. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUIS FERNANDO PINILLA RINCON
IDENTIFICACIÓN:	CC-79166911
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	UBATE
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-03
FECHA DE PAGO:	2026-08-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	8642050435
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8694218421
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-25	800226175	COLMENA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/10/2026

	E.S.E CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA - CUNDINAMARCA MACROPROCESO: APOYO PROCESO: GESTION ADMINSITRATIVA Y FINANCIERA FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O TERCERO GESTION FINANCIERA	Código: CT-F514 Vigencia: 2025 Versión: 01 Página 1 de 1	ALCALDÍA MUNICIPAL DE CUCUNUBÁ CUNDINAMARCA

Fecha de diligenciamiento	04	08	2026	Ciudad o Municipio	Cucunubá	Departamento	Cundinamarca

CLASE DE VINCULACIÓN

Proveedor		Asistencial	X	Administrativo		Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Luis	Fernando	Pinilla	Rincón

Tipo de Identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
CC X	CE	TI	OTRO	79166911	Ubaté / Cundinamarca	30/09/1992

Fecha de nacimiento	20 08 1974	Lugar de nacimiento	Ubaté	Telefono y/o celular	3115192343
Dirección de residencia	Carrera 5ª Nº 2-41	Profesión u Oficio	Odontologo		
Estado civil	Soltero	Correo Electrónico	luisfernpinilla@yahoo.com		

FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	37'124'687	Total Pasivos	34.693.000	Total Patrimonio	121,817.682
Ingresos mensuales	1'900.000	Egresos Mensuales	1'200.000	Otros ingresos mensuales	0

MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO A SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Maneja recursos públicos?	SI	NO X	¿Tiene reconocimiento público?	SI	NO X
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	NO X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI	NO X
¿Es Ud. sujeto de obligaciones tributarias en otro país?				SI	NO X

DATOS PERSONA JURÍDICA

Nombre o razón social	NIT	DV
		5

Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mixta	Sector económico		CIIU	

FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA

	DD	MM	AA
Total Activos		Total Pasivos		Total Patrimonio	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo de Identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
CC	CE	TI	OTRO			

Identificación de accionistas que tenga directa o indirectamente más del 5% del Capital social, Aporte o participación en la sociedad

Nombres y Apellidos	Tipo ID	Tipo y Número ID	¿Por su actividad o cargo, goza de Reconocimiento público, Poder Político y/o maneja Recursos públicos? Registre SI/NO y especifique claramente

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	SI	NO	Especifique cual	
¿Posee productos financieros en el exterior?	SI	NO	Especifique cual	

Producto	No. De producto	Moneda	Monto	Entidad	Ciudad	Pais

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo consignado es cierto y verificable. La información registrada tiene como propósito, contribuir a la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT. Me comprometo a entregar la información actualizada cada vez que se requiera y su incumplimiento faculta a la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA, para rescindir del contrato.
Manifiesto que no he sido responsable judicialmente por la comision de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos contra lesa humanidad, narcotráfico, fraude, testaferrato o corrupción.
Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos:

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formato son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 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 que tenga por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el -financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización, no requerirá de autorización de su titular.
3. Acepto la verificación de Listas y demás controles SARLAFT realizadas por la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que la ESE sea utilizada en actividades ilícitas.
4. Acepto que en caso de incumplimiento la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA dé por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, el/los contrato(s) que haya celebrado con la ESE.
5. Que modificaré e informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

COMO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO	HUELLA

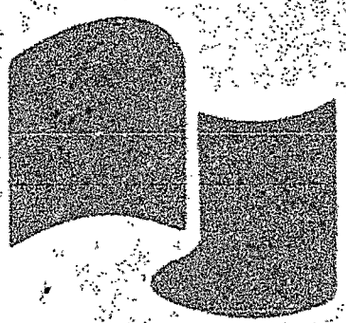
Parrafo exclusivo de la ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA

Nombres y Apellidos	
Cargo	
Identificación	
Observaciones	

Profamilia
Pensando en ti

Línea gratuita nacional 01 8000 110 900
www.profamilia.org.co

Profamilia
Pensando en ti



Certificado de vacunación

Nombres: Luis Fernando
Apellidos: Pinillo Rivera
Documento de identidad: [X] T.I. 79166911
Fecha de nacimiento: _____ día/mes/año

Vacuna nombre comercial	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Número de lote	Fecha de vacunación Día	Mes	Año	Nombre del vacunador
	Virus del Papiloma Humano	1a								
		2a								
		3a								
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus influenza tibo B + Polio (Acelular)	1a								
		2a								
		3a								
	Sarampión, Rubéola, y Paperas	Única								
	Sarampión, Rubéola, Paperas y Varicela	1a								
		2a								
	Varicela	1a								
		2a								
	Difteria, Tétanos y Tosferina	Única								
	Hepatits A	1a								
		2a								
		3a								
	Hepatitis B	1a								
		2a								
		3a								
Twinrix™ AHAB8367AQ 02-2020	Hepatitis A + Hepatitis B	1a								
		2a								
		3a	13	DIC	2017	AHABB367AQ				Profamilia VACUNACIÓN
	Neumococo	1a								
		2a								
		3a								
	Influenza	Única								
Tetanal	Tétanos	1a								
		2a								
		3a	[illegible]	DIC	2017	1975107V				Profamilia

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luis Fernando
Apellidos: Pinilla Rincon
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál
No. 79166911
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 08 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10.03 2021	Sinovac	A2021 010044	ESE Hospital Salvador	Emma Rodriguez	52055060
	2	07/04 2021	Sinovac	A2021 03006	Hospital Ubate	Emma Rodriguez	52055060
		30-11 2021	Moderna	940875	Hospital Ubaté	Nidia Chiquiza	39744521

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luis Fernando
Apellidos: Pinilla Rincon
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál
No. 79166911
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 08 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21.09 2022	Pfizer 2 Refuerzo	FSA 0075	Hospital Ubate	Angie Carreño	1020814087
	2						

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luis Fernando

Apellidos: Pinilla Rincon

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 7 9 1 6 6 9 1 1

Fecha de nacimiento: Día 2 0 Mes 0 8 Año 1 9 7 4

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	12-10-24	V50124005	Clara Patricia Rodriguez Profesional Vacunador
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
NIT. 900.160.179-1
Cod. del Prestador 1100117560
AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud

A 0887

NOMBRE: Luis Fernando Pinilla Rincon
IDENTIFICACIÓN: 79166911 SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 20-08-74 TEL. 3115192343

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRA				
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO	1	13-Dic-2017	M75107V ANTITETÁNICA 220801120A V.29/06/2023	Profamilia IPS MUNDO SALUD
	2	22 MAR 2022		
	3	15 SEP. 2022		IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luis Fernando

Apellidos: Pinilla Rincon

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 79166911

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 08 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	23-06-2026	Chumaco V 390	Hosp. Uba tz Emma Rodriguez
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	12-10-24	V.S0524005	Clara Rodriguez Hospital Ubate
	Anual	15-11-2025	VS0525007	Nelly M.
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Luis Fernando Pinilla Rincón

C.C 79.166.911

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 17 de agosto 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611493440206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Luis Fernando Pinilla Rincón

C.C 79.166.911

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 17 de agosto 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 76114934403161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá

Certifica que:

LUIS FERNANDO PINILLA RINCON

con documento de identidad número:

79166911

Participó y aprobó el curso de:

Atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual

Con una intensidad de cuarenta (40) horas - Modalidad Virtual

Expedido en Bogotá D.C. el 27 de febrero de 2025

María Cristina Heredia Fierro
Coordinadora Académica de Educación
Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición. Código: 1odstFWSze

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo analista.educacion@cruzrojabogota.org.co indicando el código del mismo. El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano es aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/10-1565 del 16 de febrero de 2018.



MAPFRE

¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,
PINILLA RINCON LUIS FERNANDO

¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

- Condicionado de mi seguro de RC médica;
- Guía interactiva del asegurado,
- Certificado de seguro,
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

DIANA Y CIA LTDA AGENCIA DE SEGUROS
Móvil: 8890642
Email: dianasegurosvirginia@gmail.com

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novendades, tips, eventos:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.
Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R+C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Polizá No 3335225000043
Ref.31983132171
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	AGENTES Y AGENCIAS CHICO		BOGOTA D.C.

TOMADOR	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
PINILLA RINCON LUIS FERNANDO	79166911	KR 5 # 2 - 41	UBATE	8552549
ASEGURADO	**NIT / CC**	**DIRECCIÓN**	**CIUDAD**	**TELEFONO**
PINILLA RINCON LUIS FERNANDO	79166911	KR 5 # 2 - 41	UBATE	8552549
ASEGURADO	**NIT / CC**	**DIRECCIÓN**	**CIUDAD**	**TELEFONO**
N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	
BENEFICIARIO	**NIT / CC**	**DIRECCIÓN**	**CIUDAD**	**TELEFONO**
CUALQUIER TERCERO AFECTADO	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
DIANA Y CIA LTDA AGENCIA DE SEGUROS	AGENCIA COLOCADORA	1262	8890642	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
20	1	2026	INICIACIÓN	00:00	20	1	2026	365	INICIACIÓN	00:00	20	1	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	20	1	2027		TERMINACIÓN	00:00	20	1	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	ODONTOLOGÍA GENERAL
ESPECIALIDAD	ODONTOLOGÍA GENERAL
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
CIUDAD	UBATE



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$100.000 000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$40.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m aux o dependiente	$100 000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$100.000.000,00	10 % PERD

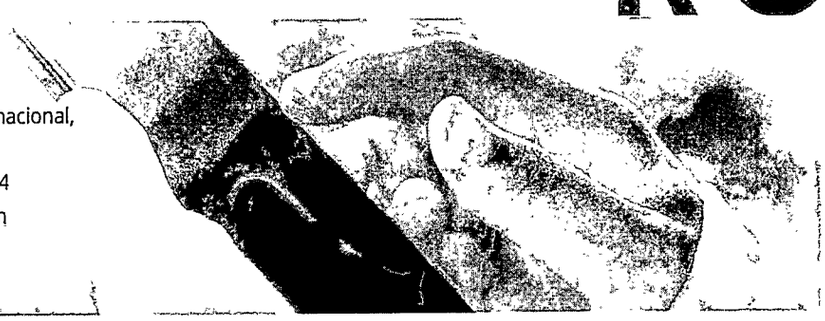
Profesionalmente ... Seguro

R+C

Contacta con nosotros:

MAPFRE 5124

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
3077024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co



VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 133.082,00	$ 20.000,00	$ 153.082,00	$ 29.086,00	$ 182.168,00

(415)7707289180029(8020)031983132171(3900)0000182168(96)20260120

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BÁJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDÍANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGÁN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART 1048, CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÒN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R C EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y

2 3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2609 DE DICIEMBRE 3/93 AGENTE RETENEDOR DEL IVA SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 5088 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

Aplica el Condicionado General Codigo [illegible]

SMMLV. SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N D. NO DECLARADO
V A R VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD VALOR PERDIDA
VAP, VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO
V A A VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www mapfre com.co

MAPFRE