La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo del Llano "Caro & Cuervo"

Villavicencio - Meta

Autorizado por el Gobierno Departamental del Meta, según Resolución No. 1494 de Oct. De 1994, 0738 de Junio de 1996 y 000318 de Agosto de 1997 para el Departamento del Guaviare

Confiere a:

Patiño Díaz Luisa Fernanda

Identificado(a) con C.C. No. 40.422.053 *De* *San Martin*

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Ciclo de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Anotado al folio 56 *Libro de Registro No.* 01

Dado en Villavicencio *a los* 16 *días del mes de* diciembre *de* 2000

Acta Individual de Grado

Liceo del Llano "Caro & Cuervo"

"Educamos para el éxito"

En la ciudad de **Barranca de Upia** , a los **16** días del mes de **Diciembre** del año de **2000** , se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del Liceo del Llano "Caro & Cuervo".

Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica y el ciclo de Educación Media y autorizada por el GOBIERNO DEPARTAMENTAL para otorgar el título de Bachiller Académico según resolución No. **504** JULIO 14 de 2.000

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al ciclo de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

PATIÑO DÍAZ LUISA FERNANDA C.C. 40.422.053 DE SAN MARTIN

Es fiel copia del acta original No. **01** de fecha **16 de Diciembre de 2000** que consta de **85** alumnos, que comienza con el nombre de **AGUIRRE DAZA NINI JOHANA** y se cierra con el nombre de **VERA AVILA NIDIAM ESLENDY**

Firmado y sellado por **ALVARO A. RAMIREZ H.** (Rector) y **EDILMA G. GIRALDO** (Secretaria).
Dada en **Barranca de Upia** a los **16** días del mes de **Diciembre** de **2000.**

Firmado y Sellado

Rector

Secretaria

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre

Los Andes

Centro de Estudios Tecnológicos

Villavicencio - Meta

Acuerdo No. 042 del Ministerio de Salud del 24 de Octubre de 2000

Resolución No. 0137 del 26 de Febrero de 2001

Secretaría de Educación del Meta

Certifica que

Luisa Fernanda Patiño Díaz

Identificado con C.C. No. 40.422.053 de SAN MARTIN

Cursó y aprobó los estudios como Técnico en:

Auxiliar de Enfermería

Lilia Camelo de Mancera
Directora

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro Nº E Acta Nº 11 Folio Nº 36

Dado en Villavicencio a los 14 días DICIEMBRE de 2007

Acta Individual de Grado

" Los Andes "
Centro de Estudios Tecnológicos
Villavicencio - Meta

En la ciudad de Villavicencio, a los **CATORCE** *días del mes de* **DICIEMBRE** *del año* **2007** *se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Rectoría del CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLOGICOS LOS ANDES. Aprobada por la* ***Secretaria de Educación del Meta,*** *Según acuerdo No. 042 del Ministerio de Salud del 24 de Octubre del 2000, Resolución No. 0137 del 26 de Febrero del 2001.*

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Técnica se procedió a otorgar el ***CERTIFICADO COMO TECNICO EN ENFERMERIA*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ
CC. 40.422.055 de SAN MARTIN

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **11** *de fecha* **14 DIC.** *de* **2007** *que consta de* **65** *alumnos que comienza con el nombre de* **Abril Jimenez Juan Carlos**

y se cierra con el nombre de **Zambrano García Hugo Fernando**

firmado por: Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (Secretaria)

Dada en Villavicencio, a los **14** *días del mes de* **DICIEMBRE** *de 2007*

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes
DIRECTOR
Villavicencio

Firmado

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de V/cio.
Directora

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes
SECRETARIA
Villavicencio

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.370.167 de V/cio.
Secretaria

diploL@scr... Tel: 6609610

GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



LUISA FERNANDA
PATIÑO DIAZ
C.C.40.422.053
Registro No 50-9832 META

AUXILIAR EN ENFERMERIA

www.systemcard.com.co

"La jefe del Departamento de Seguridad Social; Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carné cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
JUNIO 2009

Secretaría Seccional de Salud

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú Salud

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *: 40422053

Primer Nombre: LUISA

Primer Apellido: PATIÑO

Confirme los números de la Imagen *: 3182

Cambiar

2194

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-19--1:10:47 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	40422053	LUISA	FERNANDA	PATIÑO	DIAZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ identificado(a) con CC 40422053 registra La siguiente información:

2026-10-19--1:10:47 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-06-23	9832	GOBERNACION DEL META

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

CERTIFICADO DE ASUMIR RESPONSABILIDAD Y DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN DE CONTAR CON TRANSPORTE

Señores:

E.S.E HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

Yo **LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía N.° 40.422.053 de San Martín, Meta**, en mi calidad de Contratista, certifico:

1. Que he sido debidamente informado sobre la obligación de contar con los medios de transporte necesarios para la correcta ejecución de las actividades del PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – MUNICIPAL, en el cual se requiere el uso de transporte.

2. Que asumo la total responsabilidad de proporcionar y garantizar el transporte adecuado, oportuno y en las condiciones necesarias para el desarrollo eficiente del contrato que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD – APS, EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS"**

3. Que me comprometo a asegurar que estará disponible en los tiempos y lugares requeridos, garantizando asumir de manera independiente todos los gastos en que se incurran para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Este certificado se emite a solicitud de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS y con el fin de cumplir con los requisitos establecidos para el desarrollo de las obligaciones y/o actividades a desarrollar en el contrato de **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD – APS, EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS"**

Atentamente,

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ
C.C. 40.422.053 de San Martín, Meta



Estimado.
PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA

¡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.

- 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:

D Y C SEGUROS Y FINANZAS LTDA
Móvil: 6698090
Email: GRENCIA@SEGUROSDYC.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 siguenos en nuestras redes para estar al tanto de

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

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

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R-C MÉDICA MAPFRE

EMISIÓN

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Poliza No 4238226000177
Ref.32176004300
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	VILLAVICENCIO	CLL 15 N 37 F-40 C.C. NOGALES PLAZA	VILLAVICENCIO
TOMADOR PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA		**NIT / CC** 40422053	**DIRECCIÓN** CL 10 # 15-30 MZ G CA 6	**CIUDAD** SAN MARTIN	**TELEFONO** 3245107
ASEGURADO PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA		**NIT / CC** 40422053	**DIRECCIÓN** CL 10 # 15-30 MZ G CA 6	**CIUDAD** SAN MARTIN	**TELEFONO** 3245107
ASEGURADO N.D.		**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO		**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
D Y C SEGUROS Y FINANZAS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	98288	6698090	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
19	10	2026	INICIACIÓN	00:00	19	10	2026	365	INICIACIÓN	00:00	19	10	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	19	10	2027		TERMINACIÓN	00:00	19	10	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD	
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	META
CIUDAD	SAN MARTIN



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$200.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$80.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$200.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	$200.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R-C

Contacta con nosotros:

Sí 24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
601 307 7024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

¿Necesitas asistencia?

316 783 8556

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 113.074,00	$ 20.000,00	$ 133.074,00	$ 25.284,00	$ 158.358,00

(415)7707289180029(8020)032176004300(3900)0000158358(96)20261019

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones EMISION VA EES41 - Dyc Seguros Ltda

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, PRODUCIR A 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.

ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA DOCUMENTO: CC 40422053

ESPECIALIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

VIGENCIA: 19/10/2026 A 19/10/2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier eacto médicoe 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, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 200.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sub-limitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exc eso de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual su blimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

DEDUCIBLES:

Básico 10% MINIMO $ 1.000.000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

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

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 CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a 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 lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

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, cost e 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 tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya 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 cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

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.

COTIZACIÓN SUJETA A: ORIGINAL DEL FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FECHA DO Y FIRMADO.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A Firma Autorizada

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 ESTE.

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 % PERO 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 CIRUGIA 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 INTEGRAMENTE 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 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 5098 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

Juridico al Consolidado General Codigo
06/05/2014-1136-P-86-00000VTI3628MH34
00000H52034

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

Comprometidos con sus necesidades

21830

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. *40.422.053* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Realizado los días 01 AL 02 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 02 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 02 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

C.C 40.422.053

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de octubre 2026

Código: 765871149000

Comprometidos con sus necesidades

21831

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. *40.422.053* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Realizado los días 03 AL 04 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 04 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 04 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

21832

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. *40.422.053* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRADA EN LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI COMUNITARIO)

Realizado los días 05 AL 06 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 06 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 06 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

21833

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. *40.422.053* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 07 AL 08 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 08 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 08 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

21833

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. *40.422.053* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA (APH)

Realizado los días 09 AL 10 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 10 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 10 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

1515

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ

C.C. 40422053 DE VILLAVICENCIO (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

DIAGNOSTICO Y RUTA DE DESNUTRICION RESOLUCION 2350 DE 2020

Realizado los días 24 al 25 de FEBRERO de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 25 DE FEBRERO DE 2027.

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 25 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

67caf2d2-68dc-4598-8c3b-0fd2ac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 87,78 %

7 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67caf2d2-68dc-4598-8c3b-0fd2ac1f5e65

67254c26-b118-4871-a184-0e3eac1f5cad

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

1 de noviembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67254c26-b118-4871-a184-0e3eac1f5cad

67cafc34-1cc4-49b1-b2fd-0595ac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el:

Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud
Bases teórico-prácticas para gestores en salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 18 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

7 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

HEARTS

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67cafc34-1cc4-49b1-b2fd-0595ac1f5e65

67cafc0e-f328-4ecc-a5e0-1179ac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el:

Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 22 - Porcentaje de aprobación: 91,88 %

7 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS
HEARTS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67cafc0e-f328-4ecc-a5e0-1179ac1f5e65

67caf4fb-0738-459b-950f-060eac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado la

Capacitación para proveedores de atención primaria: intervenciones breves contra el tabaco (Curso virtual de la OMS)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

7 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67caf4fb-0738-459b-950f-060eac1f5e65

67cb018c-79ac-4ce9-a7f1-158eac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Medición automática precisa de la presión arterial

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

7 de marzo de 2025

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Americas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

RESOLVE TO SAVE LIVES

HEARTS

Hypertension CANADA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67cb018c-79ac-4ce9-a7f1-158eac1f5e65

67cafffd-d030-4c93-98cf-098cac1f5e65

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,17 %

7 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67cafffd-d030-4c93-98cf-098cac1f5e65

dcd1744c-6751-4b9f-909c-1de9fd476c4a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 99,00 %

18 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=dcd1744c-6751-4b9f-909c-1de9fd476c4a

46b6fef1-bce4-4380-b0ac-b950224bfc29

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 76,67 %

18 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=46b6fef1-bce4-4380-b0ac-b950224bfc29

befe430b-f603-4d31-a493-b61abbfa0d87

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

luisa fernanda patiño diaz

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

18 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=befe430b-f603-4d31-a493-b61abbfa0d87

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

LUISA FERNADA PATIÑO DIAZ

N° de identificación: 40422053

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 4369f5f4-ba64-4640-8572-8d15ae6f5fb2

domingo 9 de marzo de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

CONSTANCIA DE TERMINACION
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N.º 468-2024

En la ciudad de San Martin de los Llanos, Meta, el dia veintiuno (21) del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024), Se reunieron en la oficina de la gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Local de San Martin de los Llanos, el doctor **CAYETANO PAEZ SAAVEDRA**, Representante legal de la **ESE**, en calidad de **CONTRATANTE**, la doctora **YOTJANA REY LONDOÑO,** subgerente, obrando en calidad de **SUPERVISORA DELEGADA** por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS, con el fin de dar **CONSTANCIA DE TERMINACION** al Contrato de Prestación de Servicios N.° **468** de 2024, de acuerdo a la siguiente información contractual:

TIPO CONTRACTUAL	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATANTE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS** NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA:	**LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ** 40.422.053 de San Martin, Meta
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC - MUNICIPAL) EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 518 DE 2015 Y 295 DEL 2023 EN EL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
VALOR:	**TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.750.000)** MONEDA LEGAL VIGENTE.
PLAZO:	CUARENTA Y CINCO (45) DIAS, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO
FECHA INICIO:	07 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACION SEGÚN ACTA DE INICIO:	21 DE DICIEMBRE DE 2024

De acuerdo con lo establecido en el contrato, se entiende que, en el marco de la **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA – CAUSALES DE TERMINACIÓN** que reza *"(...) Además de las causales legales establecidas, este contrato se terminará: A) Por vencimiento del término fijado en el presente contrato para la ejecución del mismo. (...)"*, el presente contrato se entiende por terminado, teniendo en cuenta que feneció el plazo de ejecución y el contratista cumplió con la realización de las actividades contempladas en el alcance del objeto contractual según consta en todos y cada uno de los informes que reposan en el expediente del contrato.

Es menester indicar que, dentro del Acuerdo 006 del año 2023, se especifica que los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no serán susceptibles de acta de liquidación y en ese sentido tampoco de acta de terminación, teniendo en cuenta que el acta de terminación no se

encuentra normada o reglada en el ordenamiento jurídico ni tampoco en el estatuto Interno de contratación de la entidad en este caso.

Que, la Empresa Social del Estado – Hospital Local de San Martín de los Llanos declara que se dio cumplimiento mutuamente con todas y cada una de las obligaciones pactadas y se declara que quedan a paz y salvo.

En constancia de lo anterior, se firma por quienes en ella intervinieron, el día veintiuno (21) del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

CAYETANO PAEZ SAAVEDRA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
NIT. 892.000.458-6
CONTRATANTE

YOTJANA REY LONDOÑO
Subgerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA

Proyectó: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	*Aprobó: Dr. Cayetano Paez Saavedra - Gerente*	*Digito: Luis Alejandro Murcia Acosta - Auxiliar de Apoyo CPS*

DROGUERIA
DL Y LP

San Martin Meta, 17 de agosto del 2024

Droguería DL Y LP

Certifica que:

Por medio de la presente certifica que LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ identificada con cedula de ciudadanía N° 40.422.053 laboro como administradora y propietaria, en nuestra empresa desde el día veintitrés (23) de noviembre del 2021, hasta el día quince (15) de junio del 2024, demostrando las cualidades requeridas para el cargo.

Se expide la presente solicitud por petición de la interesada a los diecisiete (17) días del mes de agosto del año vigente (2024).

Cordialmente,

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ
C.C. 40.422.053
PROPIETARIA

DROGUERIA
DL Y LP
droxi
NIT. 40422053-7
BARRIO PEDRO DAZA
MANZANA L - CASA 27
TELÉFONO: 323 3245107

FUNDACION MANACACIAS.
N.I.T 900338350-1

La suscrita Directora de Talento Humano de la Fundación Manacacias,

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ, identificada con cédula de ciudadanía No: 40.422.053, laboró con la FUNDACIÓN por contrato Orden de Prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 05 de septiembre al 05 de noviembre de 2019, para el programa PAN en el departamento del Meta, municipio de San Martin, cuyo objeto era: *"PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR VALORACION Y DIAGNOSTICO NUTRICIONAL E IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION EN ALIMENTACION SALUDABLE A LOS BENEFICIARIOS DE LOS CENTROS P.A.N. DEL DEPARTAMENTO DEL META".*

La presente se expide a solicitud del interesado, en Villavicencio a los 26 días del mes de diciembre del 2019.

Cordialmente.

FUNDACIÓN MANACACIAS
NIT. 900.338.350-1

NAIBY CAMARGO PERDOMO
Dirección de Talento Humano.

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESPACHO-SECRETARIA DE GOBIERNO DE LA ALCALDIA DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS, META

HACE CONSTAR

Que **LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ,** identificada con cedula de ciudadanía número 40.422.053 expedida en San Martin, Meta, prestó sus servicios de apoyo a la gestión en el Municipio de San Martín de los Llanos como CONTRATISTA bajo contrato a continuación referenciado:

Contrato N°	080-2016
Objeto:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXIAR DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DEL MONITOREO DE COBERTURAS DE VACUNACION EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO ENMARCADA EN EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS META.
Valor	$820.000
Plazo	QUINCE (15) DIAS CONTADOS A PATIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO
Fecha de inicio	14 DE DE MARZO DE 2016
Fecha Terminación	29 DE MARZO DE 2016

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada a los Treinta y Un (31) días del mes de Mayo de 2017.

MONICA RODRIGUEZ RUIZ
Secretaría de Despacho-Gobierno

ELABORADO	REVISADO	APROBADO

DEPARTAMENTO DEL META
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUAMAL
NIT. 800098193-6
SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

140-05.11.020

LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CERTFICA:

Que la señora **LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ,** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.422.053 de San Martin, prestó sus servicios profesionales desarrollando actividades de Implementación de campañas de Vacunación del programa Ampliado de Inmunización PAI para todos los niños del Municipio de Guamal y apoyar el cumplimiento de la prioridad nacional infantil en la estrategia AIEPI a desarrollar durante el año 2011, desde el 3 de enero hasta el 2 de mayo de 2011 mediante el contrato No. 002 de 2011 y mediante el contrato No. 079 de 2011 desde el 4 de mayo de 2011 hasta el 27 de diciembre de 2011.

Se expide a solicitud del interesado, a los veintiún (21) días del mes de marzo de 2012.

LOURDES LADINO GUEVARA
Secretaria Administrativa y Financiera

GEOFÍSICA SISTEMAS Y SOLUCIONES S.A.

CERTIFICACIÓN LABORAL

La presente para certificar que el señor (a). **PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA** quien se identifica con la C.C. N°**40422053,** , expedida en **SAN MARTIN**, trabajó para **GEOFISICA SISTEMAS Y SOLUCIONES S.A. - G.S.S. S.A.** en el proyecto sísmico **CAÑO SUR 2D**, con contrato a término Fijo **091-2252** desde el **22 de Julio de 2009**, hasta el **14 de Agosto de 2009**, desempeñando el cargo de **AYUDANTE TECNICO/AUX.DE H.S.E - Mantenedor de Superficie Instrumentista** B3 en la fase de **04 HSE**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) en **PUERTO LLERAS - META** el día **18 de Agosto de 2009**

Atentamente,

GEOFISICA SISTEMAS Y SOLUCIONES S.A. G.S.S.

RODOLFO PARRA
Administrador Proyecto CAÑO SUR 2D

Recibí _____

c.c. Hoja de vida.

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 domingo 18 de octubre de 2026, a las 23:41:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40422053
Código de Verificación	404220532610182341 37

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304978804

PIB
23:52:29

Bogotá DC, 18 de octubre 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) LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40422053:

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:54:17 PM horas del 18/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40422053**

Apellidos y Nombres: **PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 18/10/2026 11:56:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40422053** y Nombre: **LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ.**

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. **149797235** . 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
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

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 23:58:36 horas del 18/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40422053,** Apellidos y Nombres **PATIÑO DIAZ LUISA FERNANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL DESAN MARTIN DE LOS LLANOS**, con NIT **892000458-6** 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

San Martín de los Llanos, ___/__/2026

Doctor
CAYETANO PAEZ SAAVEDRA
Gerente
Ciudad.

Ref.: Certificación de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, Inhabilidad e Incompatibilidad.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 734 de 2002, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años",

Cordialmente,

FIRMA _____
NOMBRE Luisa Fernanda patiño
CC 40422053

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 40422053 **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 18/10/2026 11:37 PM

Código Verificación: **JTF5427RSC**

Válida hasta: **19/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

30558607

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

No.Radicación: 707900

FECHA DE RADICACIÓN: 19 10 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N1081

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: PATIÑO | SEGUNDO APELLIDO: DIAZ | PRIMER NOMBRE: LUISA | SEGUNDO NOMBRE: FERNANDA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40422053
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | META | VILLAVICENCIO
15. FECHA NACIMIENTO: 08 04 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,750,905.00
25. RESIDENCIA
26. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
DIRECCIÓN: CL 11 NO. 12 - 13 MOLINOS

TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3233245107
CORREO ELECTRÓNICO: andreamilenabarrera@gmail.com
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN MARTIN
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 11607

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO
34. FECHA NACIMIENTO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ESTADO CIVIL	45. CERTIFICACIÓN DISCAPACIDAD	46. CUSPP NIVEL	GRUPO	47. DISCAPACIDAD SI	NO	48. MENORES RECLUTADOS SI	NO	49. RESIDENCIA DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01															
02															
03															
04															
05															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. FECHA DE LA UPC A RECONOCER POR LA EPS
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación
58. Fecha ingreso a cualquier de aportantes (La registra la EPS)
59. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN NO CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O REANUDACIÓN DE COTIZACIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS Y RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD: A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN B) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO
63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 21 10 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. FECHA Cargue/Inscripción/Novedad (Registra la EPS)

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependientes adicionales a los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) relacionado(s) depende(n) económicamente de mí.
70. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, o Especial o no Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y origen de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes, y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el envío de mi tarjeta electrónica del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. X
76. Autorizo expresamente a nuestra(s) EPS para que me(nos) envíe(n) información a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp o otros medios para recibir mensajes informativos.
77. Autorización para que la EPS me informe de los beneficios adicionales sobre la cobertura de servicios de salud dentro de los tableros regulares, incluso si estos no cubren en el Régimen Contributivo (Decreto 1683).
78. Autorización de las condiciones para ingresar a la Contribución Solidaria y de retirar los pagos correspondientes.
79. Autorización de la actualización del grupo familiar y sus hijos en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

78. En caso de novedad o reconocimiento de cotizante, en forma separada la persona de su grupo familiar que hará el pago de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, Cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo original del soporte de identidad: CN [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total:
83. Copia del acta de (la) adjudicación(es) emitida por (la) autoridad competente
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la(s) acta(s) parcial(es) de corrección, cuando proceda de (la) una de ellas(os)
85. Copia de la sentencia judicial o de la(s) acta(s) que declare la unión marital de hecho, terminada la unión que declare la existencia de (los) por lo menos dos (2) años de convivencia, cuando a petición de parte se haya solicitado la terminación de la unión marital
86. Copia de un recibo de servicios a nombre de ambos compañeros
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la certificación de la(s) autoridad(es) competente(s) de la(s) penas y de declaración juramentada por el cotizante (cónyuge o compañero (a) permanente) de que no ha(n) sido condenado(s) a pena privativa de la libertad o de la(s) sentencia(s) proferida(s) de acuerdo con el artículo 2 y 3 del Decreto 780 de 2016
89. Copia de la(s) acta(s) de conciliación(es) de alimentos
90. Certificación de validación y una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia de acta administrativa y providencia a que se refiere la Ley 1098 de 2006 para el caso de beneficiarios y de orden de afiliación de oficio
Total Anexos:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN
97. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUISA FERNANDA PATIÑO DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40422053,** se encuentra afiliado/a desde **22/06/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de octubre de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Luisa Fernanda Patiño Diaz identificado con CC. 40422053 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN
Tipo y Numero de Documento	NI - 892000458

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/10/26	**Fecha inicio contrato**	2026/10/26
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/25
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/25	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23102026N40422053A24139463.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033593
727

Cordialmente,

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