El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
SENA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TORRES	MANTILLA	ARGENIS DEL ROCIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÃ"N				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C (•)	C.E ( )	PAS ( )	No. 37896795	F (•)	M ( )	COL. (•)	EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 28	MES 01	AÑO 1976	CALLE 15 Nº 7-22			
PAÃS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Santander
DEPTO	Santander			MUNICIPIO	SAN GIL		
MUNICIPIO	VÉLEZ			TELÉFONO	3123623015	EMAIL	argenistorresmantilla@yahoo.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor pÃºblico y puede contener informaciÃ³n no validada.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÃ"N BÃSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÃšLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÃ"N BÃSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X — MES 11 AÑO 1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÃ"GICO, EN MODALIDAD ACADÃ‰MICA ESCRIBA:
TC (TÃ‰CNICA), **TL** (TECNOLÃ"GICA), **TE** (TECNOLÃ"GICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÃ"N), **MG** (MAESTRÃA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÃšMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI Ã‰STA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÃ‰MICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		INGENIERIA AGRONOMA	03	1999	18411
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN DOCENCIA MEDIADA POR LAS TIC	03	2013	

ESPECÃFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÃ'OL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

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

Esta copia ha sido impresa por el servidor pÃºblico y puede contener informaciÃ³n no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÃ"N DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÃ"GICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
RAFAEL ARDILA MUÑOZ, TOPOGRAFIA E INGENIERIA.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 01 AÑO 2009	DÍA 30 MES 11 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR Y SUPERVISORA	PROYECTOS	CALLE 17 ENTRE CARRERA 6 Y 7

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACIÓN CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE SANTANDER (CODESANDER).		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 02 MES 01 AÑO 2007	DÍA 31 MES 03 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

ASESOR TECNICO	AGROPECUARIA	PARQUE PRINCIPAL SAN GIL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. GOBERNACIÓN DE SANTANDER.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 08 AÑO 2006	DÍA 27 MES 12 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tecnico Operativo		GOBERACION DE SANTANDER-SECRETARIA DE SALUD PUBLIC

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DELEGACIÓN VIDA, JUSTICIA Y PAZ. DIÓCESIS DE SOCORRO Y SAN GIL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2006	DÍA 30 MES 06 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO AGRICOLA	AGRICOLA	PARQUE PRINCIPAL-SEPAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DELEGACIÓN VIDA, JUSTICIA Y PAZ. DIÓCESIS DE SOCORRO Y SAN GIL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 09 AÑO 2005	DÍA 31 MES 01 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SUPERVISOR	SUPERVISION	PARQUE PRINCIPAL-SEPAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDÍA DE BARICHARA. UMATA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 16 MES 02 AÑO 2004	DÍA 16 MES 12 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tecnico		PARQUE PRINCIPAL-ALCALDÍA DE BARICHARA. UMATA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASESORES PROFESIONALES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 10 AÑO 2003	DÍA 30 MES 12 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTOR AMBIENTAL	AMBIENTAL	CRA 9 Nº 11-18

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDÍA MUNIPAL AGUADA. UMATA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	AGUADA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 30 MES 12 AÑO 2002	DÍA 30 MES 01 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tecnico		PARQUE PRINCIPAL-ALCALDÍA MUNIPAL AGUADA. UMATA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CAS-CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE SANTANDER	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 05 MES 11 AÑO 2002	DÍA 31 MES 12 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICA EN GESTION AMBIENTAL PRESTACION DE SERVICIOS		CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CAS-CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE SANTANDER	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 02 MES 09 AÑO 2002	DÍA 02 MES 10 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICA EN GESTION AMBIENTAL PRESTACION DE SERVICIOS		CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

CAS-CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE SANTANDER	X		Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 08 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 09 **AÑO** 2002
CARGO O CONTRATO TECNICA EN GESTION AMBIENTAL PRESTACION DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** centro

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD TRIBUNAL SUPERIOR	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 25 **MES** 10 **AÑO** 2002
CARGO O CONTRATO Auxiliar Judicial	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** CENTRO-TRIBUNAL SUPERIOR-SAN GIL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD VIVERO EL MESÓN DEL CUCHICUTE	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 09 **MES** 01 **AÑO** 2001	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 28 **MES** 12 **AÑO** 2001
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SIN FORMALIDADES PLENAS	**DEPENDENCIA** TÉCNICA AGRICOLA	**DIRECCIÓN** VIA AL MUNICIPIO DE PINCHOTE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD UNISANGIL	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 7245757	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 05 **AÑO** 1998	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 05 **AÑO** 1999
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA** Laboratorio de Biotecnología	**DIRECCIÓN** CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO DE ANÁLISIS DE SUELOS AGRÍCOLAS DEL CENTRO PEÑAFLOR DE SANGIL (S.S)	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 06 **AÑO** 1996	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 17 **MES** 10 **AÑO** 1997
CARGO O CONTRATO Auxiliar de laboratorio	**DEPENDENCIA** Análisis de Suelos	**DIRECCIÓN** via Palo Blanca - Curiti

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 6	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2018	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 08 **AÑO** 2018
ÁREA DE CONOCIMIENTO GESTION AMBIENTAL	**MATERIA IMPARTIDA** FORAMCION AGRICOLA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BARRANCABERMEJA	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 25 **MES** 07 **AÑO** 2000	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 25 **MES** 10 **AÑO** 2000
ÁREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA** COMPETENCIAS AGRICOLAS	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N IDEAR	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 22 **MES** 05 **AÑO** 2008	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 21 **MES** 12 **AÑO** 2008
ÁREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA**	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**MODALIDAD**

Santander	SAN GIL	Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 13 **MES** 07 **AÑO** 2011	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2011
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA** Agricultura y proyectos	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 02 **AÑO** 2012	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 04 **MES** 06 **AÑO** 2012
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA** AGRICULTURA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 14 **MES** 07 **AÑO** 2012	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 14 **MES** 12 **AÑO** 2012
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA**	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2013	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 09 **AÑO** 2013
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA**	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA CENTRO AGROTURISTICO	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 03 **MES** 02 **AÑO** 2014	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 12 **MES** 09 **AÑO** 2014
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA** COMPETENCIAS AGRÍCOLAS	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 36	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 03 **MES** 02 **AÑO** 2015	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 03 **MES** 12 **AÑO** 2015
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines	**MATERIA IMPARTIDA** programas agropecuarios y agrícolas.	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 32	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 02 **AÑO** 2016	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 07 **MES** 12 **AÑO** 2016
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines AGRICOLA	**MATERIA IMPARTIDA** FORMACION EN AGRICULTURA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 06 **AÑO** 2017	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 20 **MES** 12 **AÑO** 2017
ÃREA DE CONOCIMIENTO Agronomía, veterinaria y afines gesti?n ambiental	**MATERIA IMPARTIDA** FORMACION EN AGRICULTURA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÃ"N SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** SAN GIL	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 30 **MES** 10 **AÑO** 2018	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2018

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Agronomía, veterinaria y afines ambiental	Formaci?n en agricultura	

Esta copia ha sido impresa por el servidor pÃºblico y puede contener informaciÃ³n no validada.

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÃšBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÃ"N DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÃ"N PÃšBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÃšNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÃCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Piedecuesta 23/01/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor pÃºblico y puede contener informaciÃ³n no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor pÃºblico y puede contener informaciÃ³n no validada.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.896.795**
TORRES MANTILLA

APELLIDOS
ARGENIS DEL ROCIO

NOMBRES

Argenis TM

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1976**
VELEZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

31-MAY-1995 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2718100-00783288-F-0037896795-20160114 **00480**12596A 1 7573739708

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA: SENA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 37.896.795 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL
Dirección	CALLE 15 N° 7-22			Teléfonos	3123623015

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LILIA MANTILLA ESPINOZA	28.378.479	MAMA
ESTEFANIA PINTO TORRES	1.100.950.552	HIJA
SILVANA VALERIA GOMEZ TORRES	1.100.967.980	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** X **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	23.964.720
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 23.964.720

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24028798147	SAN GIL	$ 8.199

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	CREDITO	$ 13.000.000
BANCO CAJA SOCIAL	CREDITO	$ 4.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Piedecuesta 23/01/2019

CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14417751211

(415)7707212489984(8020) 000001441775121 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3789679 5	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	14

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida (2)	Cédula de ciudadanía (13)	37896795	19950531

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Santander (68)	San Gil (679)

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	MANTILLA	ARGENIS	DEL ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA (169)	Santander (68)	San Gil (679)

41. Dirección principal: CL 15 7 22

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
argenistorresmantilla@yahoo.com		3123623015	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8542	20020202	7110	20061211	7490		2311	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20170608

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-01-2019 10:34:50PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

medimás EPS

3014311629

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	21 01 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 2

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Torres	Ramirez	Alexandra	del Pilar

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	37816795	Femenino [X] Masculino [ ]	21 01 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad — Tipo	Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
6				5

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Colpensiones	4 x 5 16

18. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 15 N 22 22		3123623215	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Socorro	Urbana [X] Rural [ ]		Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	Gomez	Torres	Silvana	Valeria
B2	Maria	Torres	Estefania	
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo — Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	RC	1005943980	X		21 09 2013
B2	TI	1005503952	X		21 01 2005
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad — Tipo F	N	M	Condición T	P
B1	Hi	6					
B2	Hi	6					
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia — Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1	Socorro	X		Santander		
B2	Socorro	X		Santander		
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Clinica Santa Cruz del Carmen	76085
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)

39. Ubicación — Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo — Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				01 21 2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

REGIONAL SAN GIL
22 ENE. 2019
ATENCIÓN AL USUARIO

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:		1	1						3

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN — Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VERSIÓN 2.0 OCTUBRE 2018

medimás EPS

Certificado de Afiliación

La Señora ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA , identificada con Cédula Ciudadanía 37.896.795, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA		
Número de identificación:	37896795	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Proteccion Laboral
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 15 N 7 22	Municipio residencia:	San Gil
Teléfono actual de residencia:	7248113	Depto. Residencia:	SANTANDER

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
37896795	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA	30/10/2018	30/12/2018

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1100950552	TI	ESTEFANIA PINTO TORRES	01/08/2017	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE
BENEFICIARIO	1100967980	RC	SILVANA VALERIA GOMEZ TORRES	01/08/2017	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE

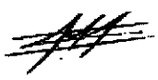
Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 22 días del mes de Enero de 2019, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro: Mariel Fernanda Gutierrez Briseño

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **37896795,** se encuentra afiliado (a) desde **07/05/2000** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	08/05/2000	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/10/2006	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de enero de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
IDENTIFICACION:	CC-37896795
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-02-22
FECHA DE PAGO:	2019-01-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2019-01
PERIODO SALUD:	2019-01
NUMERO PLANILLA:	8655895723
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605365682
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 132.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.700	$ 8.700
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 244.800	$ 244.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/02/2019