

El servicio público
es de todosFunción
PúblicaFORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SENA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEÑA	NOMBRES ERIK A JHOANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1127584434	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 21 MES 07 AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO BUCARAMANGA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 35 #8-25. EDIFICIO QUINTA REAL APTO 702 ALFONSO LOPEZ PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO BUCARAMANGA TELÉFONO 3212428222 EMAIL erikaperez.uis@gmail.com	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA			TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER EN CIENCIAS
PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA	FECHA DE GRADO
1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. 7o. 8o. 9o. 10. X			MES 07 AÑO 2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad académica escriba:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		LICENCIATURA EN INGLÉS	06	2017	

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

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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE						
EMPRESA O ENTIDAD SENA - CSET		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ejperezp@sena.edu.co			
TELÉFONOS 0376800600	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 01 AÑO 2018			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA PRESTACION DE SERVICIOS N° 1605	DEPENDENCIA REGIONAL SANTANDER			DIRECCIÓN Cra 27 No. 15-09, Bucaramanga - Colombia		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO COLOMBO AMERICANO		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6343300	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 08 AÑO 2015			FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO OBRA LABOR	DEPENDENCIA INGLES			DIRECCIÓN CARRERA 22 # 74 22		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO COLOMBO AMERICANO - BUCARAMANGA		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6343300	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 05 AÑO 2013			FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 11 AÑO 2013		
CARGO O CONTRATO ASISTENTE COORDINACIÓN ACADÉMI	DEPENDENCIA COORDINACIÓN ACADÉMICA			DIRECCIÓN CARRERA 22 # 37- 74		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		

GLOBAL TEACHER LANGUAGE SCHOOL			X	Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6574852	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 05 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 09 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA ACADÉMICA	DIRECCIÓN Calle 52 A # 31-32		
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN CENTRO COLOMBO AMERICANO		HORAS SEMANALES 16	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 08 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Comercio e Idiomas INGLÉS	MATERIA IMPARTIDA INGLES			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL SANTANDER CSET		HORAS SEMANALES 48	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2018	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Comercio e Idiomas	MATERIA IMPARTIDA INGLÉS			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN UNIDADES TECNOLÓGICAS DE SANTANDER		HORAS SEMANALES 26	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 12 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 11 AÑO 2015	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Ciencias de la educación Inglés para todos los programas tecnológicos y profesionales.	MATERIA IMPARTIDA Inglés para todos los programas tecnológicos y profesionales.			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN COLEGIO AMERICANO SANTANDER		HORAS SEMANALES 30	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÍJA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 08 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017	

ÁREA DE CONOCIMIENTO

Ciencias de la educación INGLÉS

MATERIA IMPARTIDA

INGLÉS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información 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 PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS _____

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 P.A. GUAYANA WEB: www.datp.gov.co



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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ				SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEÑA				NOMBRES ERIKA JHOANA					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN								SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS	
C.C ☒		C.E ☐		PAS ☐		No. 1127584434		F ☒ M ☐		COL. ☒ EXTRANJERO ☐		Colombia	
LIBRETA MILITAR													
PRIMERA CLASE ☐				SEGUNDA CLASE ☐				NÚMERO				D.M	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO								DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
FECHA		DÍA 21		MES 07		AÑO 1987		CALLE 35 #8-25. EDIFICIO QUINTA REAL APTO 702 ALFONSO LOPEZ					
PAÍS		Colombia						PAÍS		Colombia		DEPTO Santander	
DEPTO		Santander						MUNICIPIO		BUCARAMANGA			
MUNICIPIO		BUCARAMANGA						TELÉFONO		3212428222		EMAIL erikaperez.uis@gmail.com	
Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.													

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER EN CIENCIAS					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07		AÑO 2004		

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad académica escriba:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		LICENCIATURA EN INGLES	06	2017	

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

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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE						
EMPRESA O ENTIDAD SENA - CSET			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ejperezp@sena.edu.co		
TELÉFONOS 0376800600	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 01 AÑO 2018			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA PRESTACION DE SERVICIOS N° 1605	DEPENDENCIA REGIONAL SANTANDER			DIRECCIÓN Cra 27 No. 15-09, Bucaramanga - Colombia		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO COLOMBO AMERICANO			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 6343300	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 08 AÑO 2015			FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO OBRA LABOR	DEPENDENCIA INGLES			DIRECCIÓN CARRERA 22 # 74 22		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO COLOMBO AMERICANO - BUCARAMANGA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 6343300	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 05 AÑO 2013			FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 11 AÑO 2013		
CARGO O CONTRATO ASISTENTE COORDINACIÓN ACADÉMI	DEPENDENCIA COORDINACIÓN ACADÉMICA			DIRECCIÓN CARRERA 22 # 37- 74		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	

GLOBAL TEACHER LANGUAGE SCHOOL			X	Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6574852	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 05 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 09 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA ACADÉMICA		DIRECCIÓN Calle 52 A # 31-32	
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN CENTRO COLOMBO AMERICANO		HORAS SEMANALES 16		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 08 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Comercio e Idiomas INGLES	MATERIA IMPARTIDA INGLES			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL SANTANDER CSET		HORAS SEMANALES 48		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2018	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Comercio e Idiomas	MATERIA IMPARTIDA INGL?S			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN UNIDADES TECNOLOGICAS DE SANTANDER		HORAS SEMANALES 26		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO BUCARAMANGA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 12 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 11 AÑO 2015	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Ciencias de la educación Ingl?s para todos los programas tecnol?gicos y profesionales.	MATERIA IMPARTIDA Ingl?s para todos los programas tecnol?gicos y profesionales.			
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN COLEGIO AMERICANO SANTANDER		HORAS SEMANALES 30		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÍJA		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Profesional	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 08 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017	

ÁREA DE CONOCIMIENTO

Ciencias de la educación INGLÉS

MATERIA IMPARTIDA

INGLÉS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información 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 PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha_____
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.127.584.434**

PEREZ PEÑA
APELLIDO
ERIKA JHOANA
NOMBRES





REPUBLICA DE COLOMBIA

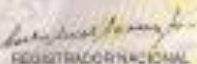


FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1987**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **O-** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-MAY-2009 VENEZUELA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL RUIZ TORRES



P-6881515-00179640-F-1127584434-20090620 0016311777A 1 30983200

**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, ERIKA JHOANA PÉREZ PEÑA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.127.584.434 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	BUCARAMANGA
Dirección	CALLE 35 # 8-25. EDIFICIO QUINTA REAL. APARTAMENTO 702. BARRIO ALFONSO LÓPEZ			Teléfonos 3212428222

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ELIECER PÉREZ MOSCOSO	13.347.572	PADRE
ROSALINA PEÑA URIBE	37.837.741	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE 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	49.500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 49.500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	550046400178516		MEGAMALL	\$ 5.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTO	AKT FLEX 125 AÑO 2012 PLACA OJO-58C	\$ 3.900.000
MOTO	AKT FLEX 125 AÑO 2018 PLACA NIM-11E	\$ 3.900.000

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
CAJA SOCIAL	LIBRE INVERSIÓN	\$ 5.000.000
COLPATRIA	TDC	\$ 700.000
BOGOTÁ	TDC	\$ 4.000.000
DAVIVIENDA	TDC	\$ 3.000.000
BANCOLOMBIA	TDC	\$ 6.600.000

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 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

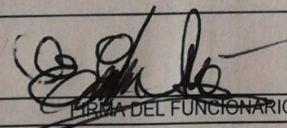
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	C.C. 127584434	BUCARAMANGA, 31/01/2019 CIUDAD Y FECHA
--	----------------	---

DAFP-QAP

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14266146556



(415)7707212489984(8020) 000001426614655 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6. DV

12. Dirección seccional

1 1 2 7 5 8 4 4 3 4 - 0

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

1 1 2 7 5 8 4 4 3 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 0 5 2 7

Lugar de expedición

28. País:

VENEZUELA

29. Departamento:

8 5 0

31. Primer apellido

PEREZ

32. Segundo apellido

PEÑA

33. Primer nombre

ERIKA

34. Otros nombres

JHOANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Santander

40. Ciudad/Municipio:

Bucaramanga

41. Dirección

CR 14 W 60 36 CONJ BALCON DE LA HACIENDA CA F 09 BRR BRISAS DEL MUTIS

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

6 9 1 8 3 4 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 0 6 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1 2

Ocupación

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2																

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 3 1 1 2 8

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004

Firma del solicitante:

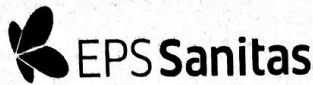
[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PEREZ PEÑA ERIKA JHOANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-8

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



108333876

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite		☒ Cotizante o Cabeza de Familia ☐ B. Colectiva ☐ D. De Oficio		☒ A. Contributivo ☐ B. Subsidiado	
☐ A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		☐ A. Individual: ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional			
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
☒ A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario		☐ A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado		(a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
PEREZ		PEREZ		ERIKO	
Segundo Nombre		SHOANA			
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo	
☐ CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC		1127584434		☒ Femenino ☐ Masculino	
				☐ D ☐ D ☐ M ☐ M ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN	
		Tipo F N M Condición T P			
				14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
				828.116	
18. Residencia					
Dirección					
C/ 35 / B-25 EDIFICIO QUINTA REAL					
Teléfono Celular					
3212428222					
Correo Electrónico					
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna	
BIBIANO		Urbana Rural		BIBIANO	
				Departamento	
				BOGOTÁ	

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	
☐ CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC				☐ Femenino ☐ Masculino	
				☐ D ☐ D ☐ M ☐ M ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A	
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			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios				
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino
				Femenino Masculino

30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	

Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	
C ODA 131 HANON	
B ODA 131 HANON	
B ODA 131 HANON	
B ODA 131 HANON	
Código de la IPS (a registrar por la EPS)	

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
Código <input type="text"/>	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☒ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 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	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario  C.C. 1127.584434	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad:	CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad	TOTAL
☐ 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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones:

3010 - 1052231

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

ANDRÉS CASTAÑEDA 63325563

Sello de Radicación
OFICINA BUCA RAMANGA
RECIBIDO POR
FECHA 11/02/2019

Sticker procesamiento



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ERIKA JHOANA PEREZ PEÑA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,127,584,434**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 04 días del mes de Febrero de 2019.

Gerente de Clientes

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1127584434
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ERIKA JHOANA PEREZ PENA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 2W # 59 - 11 APTO	TELÉFONO: 6343300
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Servicio por horas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	5153594875	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD: AÑO: 2019
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/02/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0910755327

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 70.700
SUBTOTAL:			1	\$ 70.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 55.300
SUBTOTAL:			1	\$ 55.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 2.400
SUBTOTAL:			1	\$ 2.400

TOTAL PAGADO:	\$ 128.400
----------------------	-------------------