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
QUINTERO	ROMAN	MARIA DE LOS ANGELES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÃ"N				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C (X)	C.E ( )	PAS ( )	No. 63349273	F (X)	M ( )	COL. (X)	EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 07	MES 09	AÑO 1969	AVENIDA 10N No, 16-03 MZ B CASA 10 CASA CONJUNTO PINARES CAMPESTRE PIEDECUESTA			
PAÃ□S	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Santander
DEPTO				MUNICIPIO	BUCARAMANGA		
MUNICIPIO				TELÉFONO	6652594	EMAIL	angelitosanti@yahoo.es

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

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÃ"N BÃ□SICA 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 BÃ□SICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA			SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 06 AÑO 1987
									X	

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** (MAESTRÃ□A 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	8	X		TRABAJO SOCIAL	04	1994	083736305 -A
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN FARMACODEPENDENCIA	05	1999	63349273

ESPECÃ□FIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÃ'OL 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
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
CORPRODINCO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	PIEDECUESTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5727239	DÍA 19 MES 02 AÑO 2018	DÍA 18 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CNS-ICBFFB-037-18	FAMILIA Y COMUNIDAD	Calle 14 # 1-81 Br. La Playa

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	PIEDECUESTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
656 17 18	DÍA 23 MES 01 AÑO 2017	DÍA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTOR DE ÉTICA 126	FORMACIÓN	Km 2 Via Palogordo Vereda Guatiguará

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	PIEDECUESTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
656 17 19	DÍA 08 MES 02 AÑO 2016	DÍA 15 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTOR DE ÉTICA 1096		Km 2 Vía Palogordo Vereda Guatiguará

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CAMILO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
630222	DÍA 09 MES 10 AÑO 2014	DÍA 08 MES 01 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SI 737-14 PAPSIVI		CALLE 45 No. 7 -04

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPRODINCO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Norte de Santander	CÚCUTA	coordinacion@corprodinco.org

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3162664324	DÍA 02 MES 01 AÑO 2014	DÍA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Proyecto Rumbos de Paz	Formación	CALLE 6N No. 5 -20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPRODINCO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6323619	DÍA 01 MES 10 AÑO 2013	DÍA 30 MES 06 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Psicosocial PoPJ No. 1902 de 2013 suscrito entre la OIM y CPD		Calle 21 No. 29-43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA- CENTRO DE ATENCIÓN AL SECTOR AGROPECUARIO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	PIEDECUESTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6800600	DÍA 21 MES 01 AÑO 2013	DÍA 30 MES 09 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TRABAJADORA SOCIAL 437	BIENESTAR AL APRENDIZ	Km 2 Vía Palogordo, Vereda Guatiguará, Piedecuesta

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA - CENTRO DE ATENCIÓN AL SECTOR AGROPECUARIO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	PIEDECUESTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6800600	DÍA 26 MES 07 AÑO 2012	DÍA 25 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
LÍDER DE BIENESTAR AL APRENDIZ 1592	BIENESTAR AL APRENDIZ	Km 2 Vía Palogordo, Vereda Guatiguará, Piedecuesta

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Departamento para la prosperidad Social	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 08 MES 06 AÑO 2011	DÍA 31 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enlace Territorial Regional Contrato Prestación de servicios No. 1393 de 2011	UEIPGC - GRUPO APOYO MISIONAL	Cra 28 No. 50-32

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6800600	DÍA 21 MES 01 AÑO 2010	DÍA 27 MES 07 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
LIDER BIENESTAR APRENDICES 002 DE 2010	BIENESTAR APRENDICES	KILÒMETRO 6 . AUTOPISTA FLORIDABLANCA (SS)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

Servicio Nacional de Aprendizaje - Sena		X		Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** FLORIDABLANCA			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6386521	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 22 **MES** 05 **AÑO** 2009			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 21 **MES** 12 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO Líder de Área / Trabajador Soc Contrato Prestación de servicios No. 094	**DEPENDENCIA** Bienestar Aprendices			**DIRECCIÓN** Autopista Floridablanca # 50 - 33.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Servicio Nacional de Aprendizaje - Sena		**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 638 65 21	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 17 **MES** 02 **AÑO** 2009			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 22 **MES** 05 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO Líder de Área / Trabajador Soc OPS 041	**DEPENDENCIA** Bienestar Aprendices			**DIRECCIÓN** Autopista Floridablanca # 50 33.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA AGENCIA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN SOCIAL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONA, CHF Y CORPRODINCO		**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 316266431	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 06 **AÑO** 2008			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2008
CARGO O CONTRATO TRABAJADORA SOCIAL PSICOSOCIAL	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN** CALLE 62 No. 17 -04

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ESE SAN CAMILOCONVENIO SUSCRITO ENTRE LA AGENCIA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN SOCIAL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONA, CHF Y		**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BARRANCABERMEJA			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 31626643	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 06 **AÑO** 2008			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 08 **MES** 06 **AÑO** 2008
CARGO O CONTRATO Profesional Psicosocial	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN** CALLE 62 No. 17 -04 Barrio el Parnaso

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Corporación Educativa Minuto De Dios- Instituto Técnico Municipal Del Norte Rafael García Herreros		**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6404732	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 21 **MES** 01 **AÑO** 2008			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 14 **MES** 04 **AÑO** 2008
CARGO O CONTRATO Trabajadora Social Bienestar	**DEPENDENCIA** G Bienestar Estudiantil			**DIRECCIÓN** CRA 1D N - COLSEGUROS NORTE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6402724	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06 **MES** 11 **AÑO** 2007			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2007
CARGO O CONTRATO TRABAJADORA SOCIAL 68-20-2007-969	**DEPENDENCIA** PROTECCIÓN MENORES			**DIRECCIÓN** KM 2 CAFÉ MADRID

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06 **MES** 11 **AÑO** 2007			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2007
CARGO O CONTRATO Trabajadora Social 68-20-2007-969	**DEPENDENCIA** Protección			**DIRECCIÓN** KM 2 CAFÉ MADRID

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Corprodinco		**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** GIRÓN			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6323619	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 01 **AÑO** 2006			**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 07 **AÑO** 2006
CARGO O CONTRATO Convenio 00465 entre Departamento, SSD y CPS	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN** Calle 21 No. 29 .43 Barrio San Alonso

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**

Asociación Valores de Vida		X	Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6420013	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 02 **MES** 05 **AÑO** 2005	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 05 **AÑO** 2005
CARGO O CONTRATO Formulación del Plan de Reasentamiento Urbano	**DEPENDENCIA** Investigación	**DIRECCIÓN** Calle 33 No. 12-31 Oficina 303

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Consorcio Prosperar Hoy	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6475222	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 22 **MES** 10 **AÑO** 2007
CARGO O CONTRATO Asesor Territorial	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** CALLE 48 No. 28 ? 74

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN O.B.A.T	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6347674	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 11 **AÑO** 1996	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 28 **MES** 02 **AÑO** 1997
CARGO O CONTRATO TRABAJADORA SOCIAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** CALLE 41 No. 37 - 44

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Fundación Oftalmológica De Santander - Clínica Carlos Ardila Lulle	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** FLORIDABLANCA	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6386000	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 1996	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 10 **AÑO** 1996
CARGO O CONTRATO Trabajadora Social Cirugía Amb	**DEPENDENCIA** Cirugía Ambulatoria	**DIRECCIÓN** Carrera 24 No. 154 - 106

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Paz y Cooperación	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6305970	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 01 **AÑO** 1993	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 14 **MES** 06 **AÑO** 1995
CARGO O CONTRATO Trabajadora Social Centro de A	**DEPENDENCIA** Prevención y Tratamiento	**DIRECCIÓN** Calle 48 No. 18-79

EXPERIENCIA DOCENTE

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

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** PIEDECUESTA	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 01 **AÑO** 2017	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2017
Ã"REA DE CONOCIMIENTO Ciencias sociales, derecho, ciencias políticas	**MATERIA IMPARTIDA** ?tica	

EXPERIENCIA DOCENTE

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

DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** PIEDECUESTA	**MODALIDAD**
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 02 **AÑO** 2016	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2016
Ã"REA DE CONOCIMIENTO Ciencias sociales, derecho, ciencias políticas	**MATERIA IMPARTIDA** ?TICA	

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

4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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, (ARTÃ"CULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Piedecuesta, Febrero 15/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÃšBLICO 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.

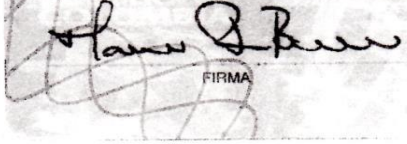
LÃ¡NEA GRATUITA DE ATENCIÃ“N AL CLIENTE No. 018000917770 PÃ¡GINA WEB: www.dafp.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.349.273**
QUINTERO ROMAN

APELLIDOS
MARIA DE LOS ANGELES

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1969**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-OCT-1987 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2716000-00168684-F-0063349273-20090812 **0014**844643A 1 27015728

GOBIERNO DE COLOMBIA

FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Periodo a declarar

Desde	Hasta
01-01-2018	31-12-2018

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, QUINTERO ROMAN MARIA DE LOS ANGELES

IDENTIFICADO CON: C.C. (*) C.E. ( ) OTRO ( ) No. 63349273 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :**

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
AVENIDA 10N No, 16-03 MZ B CASA 10 CASA CONJUNTO PINARES CAMPESTRE PIEDECUESTA	6652594 3112802600

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
BUCARAMANGA	Santander	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
RODRÍGUEZ QUINTERO SANTIAGO	TI 1005257877	Hijo (a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** ( ), **PARA RETIRARME** ( ), **PARA ACTUALIZACIÓN** ( ), **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** (*), QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	27,911,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	27,911,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	Cuenta de Ahorros	600748727		200,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
VIVIENDA	314	100,000,000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CRÉDITO	145,000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CARLOS HUMBERTO	C.C. ( ) C.E. ( ) OTRO (*)	19057563

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Piedecuesta, Feb 15/2019
CIUDAD Y FECHA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14261356582

(415)7707212489984(8020) 000001426135658 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 3 4 9 2 7 3	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	6 3 3 4 9 2 7 3	1 9 8 7 1 0 0 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUINTERO	ROMAN	MARIA	DE LOS ANGELES

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

41. Dirección principal
AV 10 N 16 03 MZ B CA 10 CONJ PINARES CAMPESTRE

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelitosanti@yahoo.es		3 1 6 3 4 1 7 0 7 5	6 0 4 6 4 1 4

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
7 2 2 0	2 0 0 7 1 0 2 6					2 4 4 6	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 1 3 1 0 0 9

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: GOMEZ GAMBOA INGRID TATIANA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 02-10-2014 02:14:07PM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

F3

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 11742812 *

0105987972

I. DATOS DEL TRÁMITE Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO: C1925
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 05 MES 05 AÑO 1Año

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Quintero | SEGUNDO APELLIDO: Roman | PRIMER NOMBRE: Maria | SEGUNDO NOMBRE: de los angeles

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63349273
9. SEXO: F [X] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 05 MES 05 AÑO 1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: AV 10N 16-03 MZ B CS 10
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Piedecuesta
DEPARTAMENTO: Sider
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3112802600
CORREO ELECTRÓNICO: mariangelesquinteroR@gmail.com
CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRAFICA	UNIFICACION GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] P.E. [ ]
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 02 MES 05 AÑO 1Año
CARGO: Independiente
SALARIO: 828116

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION 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 [ ]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIFICACION GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación 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 vigentes 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] 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 declaro 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 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 [ ]

RECIBIDO EN nueva eps
Clave Asesor
FECHA PARA VERIFICACION

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: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
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:

Vigilado Supersalud

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARIA DE LOS ANGELES QUINTERO ROMAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **63349273,** se encuentra afiliado (a) desde **12/02/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de febrero de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63349273
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DE LOS ANGELES QUINTERO ROMAN ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	AVD 10N 16 03 MZ B CASA 10	TELÉFONO:	6046414
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4266472108**			TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/02/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993362063		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 0**	**$ 132.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 103.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.700	$ 8.700	$ 0	$ 0	$ 8.700
SUBTOTALES:									**$ 8.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 63349273	QUINTERO ROMAN MARIA DE LOS ANGELES	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 828.116			NO								X										25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 828.116	63349273	$ 8.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0			

TOTAL	**$ 244.800**