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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Sanchez	Aparicio	Ana Mercedes

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 1100953260	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 18	MES 08	AÑO 1988	CRA 20 NRO 17 -28 2 VILLA ALCALA			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Santander
DEPTO	Santander			MUNICIPIO	SAN GIL		
MUNICIPIO	SAN GIL			TELÉFONO	3115623120	EMAIL	anasanchez.88@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER TECNICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X — MES 12 AÑO 2005

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		ENFERMERIA	02	2012	1100953260

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACION IPS SANTANDER		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	diperezb@miips.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2879626	DÍA 19 MES 08 AÑO 2014	DÍA 17 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA DE PROMOCION Y PREVE	PROMOCION Y PREVENCION	CLL 98 NRO 69B-74

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CEDEFOC		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	cedefoc@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7237503	DÍA 20 MES 09 AÑO 2013	DÍA 30 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA		CRA 10 NRO 14-50 SAN GIL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPOSALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	mercadeosangil@corposalud.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7247044	DÍA 01 MES 05 AÑO 2013	DÍA 30 MES 06 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS COMO DOCENTE		CALLE 21 NRO 6B - 44

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNISANGIL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	talentohumanosangil@unisangil.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7245757	DÍA 01 MES 03 AÑO 2013	DÍA 29 MES 11 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE CATEDRA		KM 2 VIA SAN GIL - CHARALA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
clinica y unidad de salud mental villamaria		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	SAN GIL	usmvillamaria@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7237144	DÍA 21 MES 01 AÑO 2013	DÍA 30 MES 06 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
prestacion de servicios	urgencias - hositalizacion	km2 via san gil charala

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
FUNDACION POLITECNICA - CORPO CEDEFOC	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Santander	SAN GIL	Informal

NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Técnica profesional	DÍA 20 MES 09 AÑO 2013	DÍA 30 MES 11 AÑO 2018

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Ciencias de la educación		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Santander	SAN GIL	Informal

NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Técnica profesional	DÍA 01 MES 05 AÑO 2013	DÍA 30 MES 06 AÑO 2014

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Ciencias de la salud		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL -	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Santander	SAN GIL	Formal

NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 01 MES 03 AÑO 2013	DÍA 29 MES 11 AÑO 2014

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Ciencias de la salud		

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE 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 San Gil 17 de Junio 2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

San Gil 17-06-19
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

Primer nombre Ana

Segundo nombre Mercedes

Primer apellido Sanchez

Segundo apellido (o de casada) Aparicio

Tipo de documento de identificación CC

Número de identificación 1100953260 ☐ Extranjero

Dcto adjunto de la cédula ☑ Documento adjunto?

Fecha expedición 25/08/2006

Foto

País expedición COL Colombia

Departamento expedición 68 Santander

Municipio expedición 679 SAN GIL

Género 2 Femenino

Fecha de nacimiento 18/08/1988 **Edad** 30

País nacimiento COL Colombia

Departamento nacimiento 68 Santander

Municipio nacimiento 679 SAN GIL

Nº registro único tributario 1100953260

Tratamiento 02 Señora

Cultura, pueblo ó rasgos físicos

RH 3

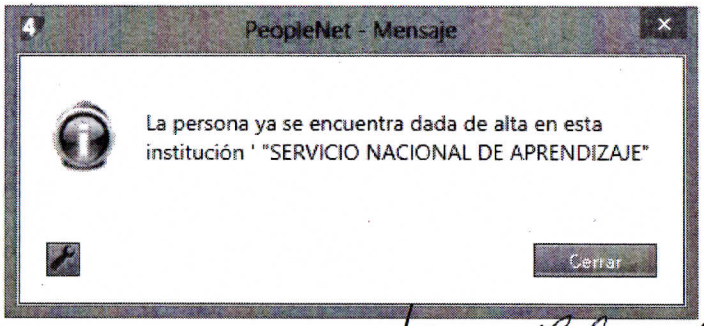
☐ Es madre o padre cabeza de hogar? ☐ Secuestrado o desaparición?

☐ Es desplazado por la violencia? ☐ Es prepensionado?

☐ ***Hoja de vida verificada?***

Estado hoja de vida 3 Pendiente

Comentario de jefe



17-06-2019

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.100.953.260

SANCHEZ APARICIO

APELLIDOS

ANA MERCEDES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1988

SAN GIL
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-AGO-2006 SAN GIL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2718100-00176529-F-1100953260-20090910 0015896783A 1 27030813

El servicio público es de todos | Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA MERCEDES SANCHEZ APARICIO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. Nº 1.100.953.260 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL
Dirección	CARRERA 20 NRO 17 - 28 APTO 201			Teléfonos	3115623120

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ENRIQUE SANCHEZ MACIAS	5.743.599	PADRE
MARIA DE LOS ANGELES APARICIO NIEVES	37.889.295	MADRE
DAVID SANTIAGO ACOSTA SANCHEZ	1.100.961.029	HIJO
ANA SOFIA ACOSTA SANCHEZ	1.100.964.921	HIJA
JORGE ANDRES ACOSTA SANCHEZ	1.100.974.455	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, 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	1.600.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	100.000
TOTAL	$ 1.700.000

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 DE BOGOTA	AHORROS	311264170	SAN GIL	$ 11.000

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

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 X NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
RAFAEL ANDRES ACOSTA ROJAS	C.C. X C.E. T.I.	1.100.954.981

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

San Gil, 17 Junio/2019
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14579121570

(415)7707212489984(8020) 000001457912157 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 9 5 3 2 6 0	1	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	1 1 0 0 9 5 3 2 6 0	2 0 0 6 0 8 2 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	APARICIO	ANA	MERCEDES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 10 A 16 36 AP 201 BRR ACACIAS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
anasanchez.88@hotmail.com		3017040748	

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
8692	2012 01 02	7490	2014 11 01			2224	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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: 2019 06 03

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RAZON SOCIAL :	ANA MERCEDES SANCHEZ APARICIO
IDENTIFICACION:	CC-1100953260
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-06-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-07-15
FECHA DE PAGO:	2019-06-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2019-06
PERIODO SALUD:	2019-06
NUMERO PLANILLA:	8653395464
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8664609021
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.400	$ 48.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 61.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 2.100
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 112.400	$ 112.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/08/2019

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

115684832

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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)

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
SANCHEZ	APARICIO	ANA	MERCEDES

7. Tipo de documento de identidad
CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ]
RC [ ] CC [X] PA [ ] SC [ ]

8. Número del documento de identidad
1100953260

9. Sexo
Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento
D D M M A A A A
18 08 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC
828116

18. Residencia

Dirección: Carrera 20 # 17-28

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3115623120

Correo Electrónico: anaSanchez.88@hotmail.com

Municipio / Distrito: San Gil

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Localidad / Comuna:

Departamento: 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
CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ]
RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC [ ]

21. Número del documento de identidad

22. Sexo
Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento
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	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino [ ] Masculino [ ]		
B2			Femenino [ ] Masculino [ ]		
B3			Femenino [ ] Masculino [ ]		
B4			Femenino [ ] Masculino [ ]		
B5			Femenino [ ] Masculino [ ]		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B2		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B3		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B4		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B5		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			

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		9344-84703
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐		

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo

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
- ☒ 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS (ACTIVO)	Código ☐	

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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad — CN RC TI CC PA CE CD SC — 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	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
		EPS SANITAS NIT. 800.251.440-6

FECHA: 14-06-2019

RADICADO: San GT

ASESOR: Gemen Almeida

Observaciones: Cambio de condicion laboral 346995

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.

HOJA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

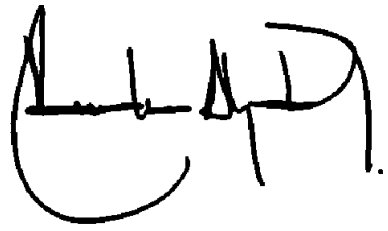
NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **ANA MERCEDES SANCHEZ APARICIO**, identificado(a) con CC **1100953260**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 02/02/2006

Se expide a solicitud del interesado el 14/06/2019.

Cordialmente,



Gerente de Clientes