FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: EDNA ROSARIO GIRALDO MILLAN mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1.115.859.884 DE PAZ DE ARIPORO CASANARE, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	EDNA ROSARIO GIRALDO MILLA No.1.115.859.884 FUNDACION UNIVERSITARIA REMINGTON FUNDACION UNIVERSITARIA REMINGTON
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional.

	[ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: Porvenir Fecha: 15-05-2014
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante: DISAN Vigencia 30-MAYO-2023 hasta 31-Diciembre-2023
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: CARRERA 64 No 4d-75 barrio pradera Pte. Aranda
Teléfono fijo - Teléfono celular	3143664558
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: Bancolombia Sucursal: Bogotá No. de Cuenta: 23736410460 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: N/A Tel. Celular: 3143664558
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	**ednagiraldo.cp@gmail.com**
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total, contratado)	Tipo de contrato: OPS Objeto: Prestación de servicios como profesional de CONTADURIA PUBLICA Plazo: 01/06/2023 a 31/12/2023 Vlr. Total, contrato: 16.743.300,00
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato: OPS Objeto CONTADOR PUBLICO Plazo Vlr. Total contrato XXXXXXX

Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato XXXXXXX No. de contrato objeto XXXXXXX Plazo XXXXXXX Vlr. Total, contratado XXXXXXX
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado: X
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA: X Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA: X El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	UNION LIBRE

Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre: WILLIAM ALBEIRO MEDINA MORALES Identificación: 1.115.851.226 Empresa: EJERCITO Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [X] Especifique: MINISTERIO DE DEFENSA NO:
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos: 1 Nombre: NIKOL MARIANA MEDINA GIRALDO Identificación: 1.115.860.054
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	NO Grado de consanguinidad: N/A Cargo que desempeña: SI___ NO X
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

EDNA ROSARIO GIRALDO MILLAN
FIRMA Y POSFIRMA Cedula: 1.115.859.884