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
Millan	Ramirez	Julio Cesar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 79672507	F ( ) M (●)	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) **SEGUNDA CLASE** (●) **NÚMERO** 79672507 **D.M** 5

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	**DÍA** 24	**MES** 11	**AÑO** 1974	cra 8 14 92 casa centro			
PAÍS	Colombia			**PAÍS**	Colombia	**DEPTO**	Santander
DEPTO	Cundinamarca			**MUNICIPIO**	SAN GIL		
MUNICIPIO	SANTA FE DE BOGOTA			**TELÉFONO**	3017841526	**EMAIL**	juliocmillan1@gmail.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 academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

MES 08 AÑO 1994

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	
MG		X		MAESTRÍA EN GERENCIA DE PROYECTOS	02	2017	112837
UN		X		ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	04	2013	112837
UN	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	04	2013	112837
TL	7	X		TECNOLOGIA EN ADMINISTRACION HOTELERA	03	1998	

ESPECÍFIQUE 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	

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
		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	M_BOHORQUEZ@OCTOPUS.COM.CO
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 08 **MES** 02 **AÑO** 2019	**DÍA** **MES** **AÑO**
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
GERENTE COMERCIAL		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
NORMAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA CORPORACION EDUCATIVA FORMAR	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	BARRANQUILLA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Aprobación de cuatro (4) años de Educación Superior	**DÍA** 17 **MES** 01 **AÑO** 2011	**DÍA** 05 **MES** 11 **AÑO** 2018
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Administración MERCADEO Y VENTAS, ASISTENTE DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS,GESTION CONTABLE Y FINANCIERA, ASISENTE DE COMERCIO EXTERIOR,INGLES CONVERSACIONAL	MERCADEO Y VENTAS, ASISTENTE DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS,GESTION CONTABLE Y FINANCIERA, ASISENTE DE COMERCIO EXTERIOR,INGLES CONVERSACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	16	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Genérica	**DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2016	**DÍA** 24 **MES** 05 **AÑO** 2017
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS	INVESTIGACION DE OPERACIONES, ADMINISTRACION PUBLICA, PROCESOS ADMINISTRATIVOS,PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
CORPORACION INTEGRAL TECNICO DIGITA CITED	8	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Genérica	**DÍA** 18 **MES** 10 **AÑO** 2017	**DÍA** 01 **MES** 11 **AÑO** 2017
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Administración	CURSO DE GERENCIA DE PROYECTOS IMPARTIDA A LA CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA - UNIAGUSTINIANA	20	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Genérica	**DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2015	**DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2015
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Administración GESTION HUMANA, MATEMATICAS FINANCIERAS, ANALISIS FINANCIERO, FORMULACION DE PROYECTOS	GESTION HUMANA, MATEMATICAS FINANCIERAS, ANALISIS FINANCIERO, FORMULACION DE PROYECTOS	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS

POLITECNICO INTERNACIONAL INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR	16	Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** SANTA FE DE BOGOTA	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Aprobación de cuatro (4) años de Educación Superior	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 10 **AÑO** 2013	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 27 **MES** 09 **AÑO** 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines ALOJAMIENTO, RECEPCION Y AUDITORIA,COSTOS, ASESOR METODOLOGICO Y TEMATICO	**MATERIA IMPARTIDA** ALOJAMIENTO, RECEPCION Y AUDITORIA,COSTOS, ASESOR METODOLOGICO Y TEMATICO	

4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 12 FEBRERO 2019

JULIO MILLÁN

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

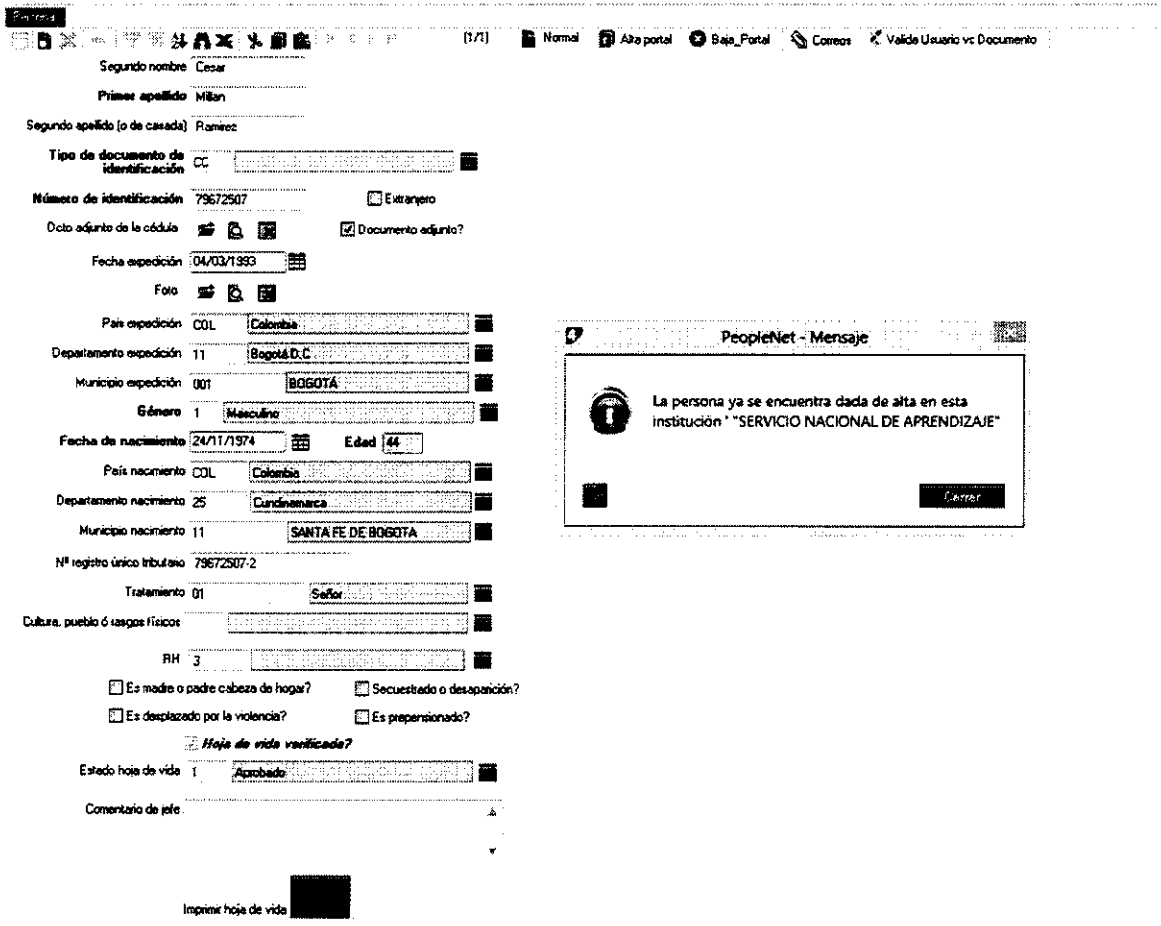
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN GIL, FEB 12/19

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


Normal
Alta portal
Baja_Portal
Correos
Valida Usuario vc Documento
Segundo nombre Cesar
Primer apellido Millan
Segundo apellido (o de casada) Ramirez
Tipo de documento de identificación CC
Número de identificación 79672507
Extranjero
Docto adjunto de la cédula
Documento adjunto?
Fecha expedición 04/03/1993
Foto
País expedición COL Colombia
Departamento expedición 11 Bogotá D.C
Municipio expedición 001 BOGOTÁ
Género 1 Masculino
Fecha de nacimiento 24/11/1974
Edad 44
País nacimiento COL Colombia
Departamento nacimiento 25 Cundinamarca
Municipio nacimiento 11 SANTA FE DE BOGOTA
Nº registro único tributario 79672507-2
Tratamiento 01 Señor
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 1 Aprobado
Comentario de jefe
Imprimir hoja de vida

PeopleNet - Mensaje
La persona ya se encuentra dada de alta en esta institución ' "SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"
Cerrar



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1974**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-MAR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500103-47144993-M-0079672507-20060304 **03327** 06062P 02 203270200

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.672.507**

MILLAN RAMIREZ

APELLIDOS

JULIO CESAR

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

79672507

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
04	14	24
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.

APELLIDOS Y NOMBRES
MILLAN RAMIREZ
JULIO CESAR

PROFESION
BACHILLER



GOBIERNO DE COLOMBIA

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, JULIO CÉSAR MILLÁN RAMIREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 79.672.507 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: SANGIL

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Dirección CRA 8 14 - 92 CASA Teléfonos 301 784 15 26

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JULIA RAMIREZ	41549251 DE BOGOTÁ	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	10.800.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	5.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 15.800.000

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	819-08308-0	GALERIAS BOGOTÁ	$ 1.100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO		$ 200.000.000
CARRO	CHEVROLET TRACKER 2016 DWK 080	$ 60.000.000

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
CHEVYPLAN	SALDO CAMIONETA	$ 11.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
CONSULTORIA DE VIAJES	INDEPENDIENTE

3. FIRMA

JULIO TILLÁN

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

11 DE FEBRERO 2019

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14251350913

(415)7707212489984(8020) 000001425135091 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 6 7 2 5 0 7	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	7 9 6 7 2 5 0 7	1 9 9 3 0 3 0 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MILLAN	RAMIREZ	JULIO	CESAR

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 20 58 46 AP 401 BRR SAN LUIS

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
juliocmillan1@gmail.com		3 4 5 8 7 4 9	3 1 2 5 5 0 4 4 4 3

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 9 1 1	2 0 1 3 0 8 0 1	7 4 9 0	2 0 1 3 0 7 0 1				

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																

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

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 0 7 2 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: MILLAN RAMIREZ JULIO CESAR

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Bogotá, Enero 30 de 2019

Señor:
MILLAN RAMIREZ JULIO CESAR
CC. 79672507
CR 20 58 46 AP 401 - 7485148
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 16 de 2015. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MILLAN RAMIREZ JULIO CESAR	79672507	C	Feb-16-2015	52	105	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FONDO DE PENSIONES PORVENIR	79672507	Pensionado	CERRADO
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	79672507	Dependiente	CERRADO
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. VIDALFA S.A.	79672507	Pensionado	VIGENTE
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA	79672507	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA	79672507	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

PÓLIZA DE SEGURO DE RENTA VITALICIA INMEDIATA

seguros alfa s.a.

NIT 860.503.617-3
AV.CLL 24 A 59-42 TORRE 4 PISO 4
Bogotá D.C.

Nro. 0089884

Ramo	Tipo	Oficina	Código	No. Póliza
Rentas Vitalicias	01	SAN DIEGO	02	0089884

Lugar de expedición	Fecha expedición	Vigencia inicial
BOGOTA	2017/04/04	2017/04/04

Prima única	Valor mesada	No. mesada	Código AFP	Causa renta
212,271,073	934,890	13	1	☐ Muerte ☑ Invalidez ☐ Vejez

Lugar de pago	Fecha pago	Forma de pago
BOGOTA D.C.	2017/04/04	Depósito Cta No. ☐ Corriente ☐ Ahorros ☐ Retiro CH.OF.

Nombre del afiliado	CÉDULA
MILLAN RAMIREZ JULIO CESAR	79672507

Dirección	Teléfono	Ciudad	Fecha nacimiento	Edad
			1974/11/24	42

Asegurado Rentista ☐ Tomador/Afiliado/Pensionado ☐ Beneficiarios Sobrevivientes

BENEFICIARIOS SOBREVIVIENTES

Nombre	No. Identificación	% Pensión	Fecha nacimiento	Edad	Parentesco
MILLAN RAMIREZ JULIO CESAR	79672507	100 %	1974/11/24	42	EL MISMO
RAMIREZ DIMATE JULIA	41549251	0 %	1951/07/21	65	MADRE

AMPARO

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PAGARÁ AL AFILIADO/PENSIONADO UNA RENTA MENSUAL VITALICIA HASTA LA MUERTE DEL PENSIONADO Y DEL ÚLTIMO DE SUS BENEFICIARIOS CON DERECHO A PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA, CALCULADA SOBRE EL MONTO DE LA PRIMA ÚNICA TRASPASADA POR LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES, POR LOS RIESGOS DE INVALIDEZ, VEJEZ O MUERTE, SEGÚN EL CASO. ADICIONALMENTE SE PAGARÁ UN AUXILIO FUNERARIO A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS DE ENTIERRO DEL AFILIADO (PENSIONADO).

IRREVOCABILIDAD

SALVO LO PREVISTO EN LAS CONDICIONES GENERALES PARA LOS EVENTOS DE REVISIÓN Y SUSPENSIÓN DEL PAGO DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ, NINGUNA DE LAS PARTES PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PRESENTE CONTRATO.

VALOR PRIMA ÚNICA

TOTAL PRIMA ÚNICA	212,271,073

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADOR AV.CLL 24 A 59-42 TORRE 4 PISO 4 BOGOTÁ D.C.



Firma autorizada

Fecha de impresión 2017-04-12 10:37:07.913 SRE-003-1(Oct.96)

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******

ANEXO DE PAGO DE MESADAS PENSIONALES

Que se adhiere y forma parte integral de las Condiciones Generales de la

PÓLIZA DE SEGURO DE RENTA VITALICIA INMEDIATA No. 0089884

De conformidad con lo previsto en la Condición denominada PAGO DE PENSIONES de la presente Póliza, las mesadas pensionales se pagarán dentro del periodo comprendido entre el último día hábil del mes y los cinco(5) primeros días hábiles del mes siguiente, en la forma de pago escogida por el pensionado o beneficiario según sea el caso, ya sea en cheque o mediante abono en cuenta.

Todas las demás condiciones generales de la póliza no modificadas por el presente amparo, continúan en vigor.



_____ _____

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
NIT 860.503.617-3

Firma Pensionado
Nombre_____
Cédula_____

Fecha de expedición de la póliza: Bogotá, Abril 4 de 2017

***** FIN DEL DOCUMENTO *****