

## MODELO DATOS GENERALES

Ciudad y fecha: Bogotá D.C; FEBRERO DE 2018

Señores

**EJÉRCITO NACIONAL**

Quien suscribe: DEISY YUBELY CANTILLO PACHECO, mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con cédula de ciudadanía No. 52391939, 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:

| 1. Datos Básicos                                |           |                               |                     |                     |                  |    |
|-------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|----|
| Nombre y Apellidos:                             |           | DEISY YUBELY CANTILLO PACHECO |                     |                     | Edad:            | 39 |
| No. Documento:                                  | 52391939  | Dirección:                    | CRA 101 NO. 150ª-60 | Ciudad:             | BOGOTA           |    |
| Teléfono fijo:                                  |           | Celular:                      | 3144707058          | Email:              | yubcan@gmail.com |    |
| Nivel de escolaridad:<br>(Último Grado Cursado) |           | Pregrado:                     |                     | Postgrado:          | X                |    |
| Cuenta Bancaria No.:                            | 400912333 | Tipo:                         | AHORROS             | Entidad y Sucursal: | STA BARBARA      |    |

| 2. Datos Familiares                                                                       |            |                                   |                             |               |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|----------|
| Estado Civil:                                                                             |            | CASADA                            |                             | No. de hijos: | TRES (3) |
| Nombre y Apellidos:<br>Cónyuge o Compañero Permanente                                     |            | MARIO ALEJANDRO MARTINEZ MARTINEZ |                             |               |          |
| No. Documento:                                                                            | 79.889.272 | Dirección:                        | CRA 101 NO. 150ª-60         | Ciudad:       | BOGOTA   |
| Teléfono fijo:                                                                            |            | Celular:                          | 3144707057                  | Email:        |          |
| Labora en una Entidad :                                                                   |            | Nombre de la Entidad:             |                             |               |          |
| Publica Privada X                                                                         |            | DAVIVIENDA                        |                             |               |          |
| Es militar o civil :<br>vinculado bajo cualquier<br>modalidad al Ministerio de<br>Defensa |            | SI NO X                           | Entidad:                    | OMITIDO       |          |
| Otros familiares:<br>vinculados bajo cualquier<br>modalidad al Ministerio de<br>Defensa   |            | SI NO X                           | Grado de<br>Consanguinidad: | OMITIDO       |          |
|                                                                                           |            |                                   | Cargo que<br>desempeña:     | OMITIDO       |          |

| 3. Experiencia laboral                                                                                                  |                      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SIGEP |                      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                       |
| Entidad                                                                                                                 | Tipo de contrato     | No. De contrato | Objeto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plazo                          | Vir. Total contratado |
| EJERCITO NACIONAL                                                                                                       | MILITAR (suboficial) | NA              | <b>Apoyo en áreas administrativas de varias unidades, en cumplimiento de las pautas de SGC emitidas por COE y MDN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suboficial Salud Operacional Sub oficial Estadística</li> <li>Suboficial de Planeación</li> <li>Suboficial Recursos Humanos</li> <li>Asistente Subdirección Adm.</li> <li>Suboficial Talento Humano</li> <li>Asistente de Dirección</li> <li>Jefe Imprenta</li> <li>Ayudante de Comand</li> <li>Suboficial de Planeación –</li> <li>Suboficial Partidas Fijas</li> <li>Gestor atención ciudadana</li> <li>Coordinador Servicio Ciudadano</li> <li>Ayudante de Comando –</li> <li>Control Interno</li> </ul> | SEPTIEMBRE 1996<br>MARZO -2017 | VALOR SEGÚN EL GRADO  |

|                 |                         |                                                                                                                                                                           |                 |            |
|-----------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| LICEOS EJERCITO | PRESTACION DE SERVICIOS | Prestador De Servicios Profesionales Como Asistente Para La Estructuración De Procesos Y Procedimientos Bajo Los Lineamientos Del Sistema Integrado De Gestión De Calidad | 16MAR17-20DIC17 | 20.282.500 |
|-----------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|

#### 4. Datos Generales

| <b>Pertenezco al régimen tributario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Simple: <input checked="" type="checkbox"/> Común: <input type="checkbox"/>                                                                              |        |           |                                     |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <table> <tr> <th>Aplica</th> <th>No aplica</th> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Aplica | No aplica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No aplica                                                                                                                                                |        |           |                                     |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                 |        |           |                                     |                          |
| <b>Régimen de excepción:</b> Pertenece a regímenes de excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de la protección social – Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esa Entidad.                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |        |           |                                     |                          |
| <b>Pago de pensión:</b> 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) |                                                                                                                                                          |        |           |                                     |                          |
| 3. Por tener derecho a pensión de vejez _____.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |        |           |                                     |                          |

#### 5. Reserva Activa

|                                                                                                                                                          |                                                                      |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Hace parte de la Reserva Activa</b>                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | Indique causal de retiro:           |
| Por solicitud propia                                                                                                                                     |                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Por cumplir dos (2) años en el 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 abandono del servicio. |                                                                      |                                     |
| Por incapacidad profesional                                                                                                                              |                                                                      |                                     |
| Por retiro discrecional                                                                                                                                  |                                                                      |                                     |
| Por no superar el período 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                                                 |                                                                      |                                     |
| <b>Se ha afiliado a pensión:</b>                                                                                                                         | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | <b>Entidad: COLPENSIONES</b>        |
|                                                                                                                                                          |                                                                      | <b>Fecha: MARZO 2017</b>            |

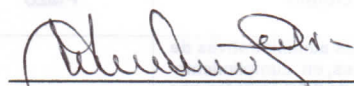
#### 6. Inhabilidades e incompatibilidades

|                                                                                                |                                                                     |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|
| Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal | SI <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/> | Causal: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|

Firma,

Posfirma

C. C.



**DEISY YUBELY CANTILLO PACHECO**

**52.391.939**