Bogotá D.C., Enero de 2020

Doctora
Jaime Arturo Guerra Rodríguez
Secretaria General
COLDEPORTES
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.

De manera atenta me permito presentar a usted la siguiente propuesta para prestar mis servicios profesionales en lo relacionado con realizar el acompañamiento, análisis y apoyo para el desarrollo de las actividades a cargo de la entidad.

El ofrecimiento de mi propuesta obedece a que poseo la formación y experiencia profesional necesaria para desarrollar los temas de asistencia y apoyo profesional que se requieren en el Grupo Interno de Contratación.

A. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS.

1. Brindar soporte permanente a las distintas áreas del Ministerio del Deporte en el manejo y uso técnico de la Plataforma Electrónica Secop II.
2. Realizar capacitación a las distintas áreas del Ministerio del Deporte en el manejo y uso técnico de la Plataforma Electrónica Secop II y absolver las inquietudes que surjan a los participantes del contenido temático expuesto.
3. Atender y dar respuesta oportuna a los requerimientos externos allegados a la entidad formulados por parte de la ciudadanía, órganos de control, autoridades administrativas y judiciales y demás terceros donde se solicite información relacionada con la Plataforma Electrónica Secop II.
4. Apoyar en la elaboración de los procesos y procedimientos del área de Contratación de la Secretaría General en lo relacionado con el manejo eficiente de la herramienta Secop II y las buenas prácticas en la contratación estatal.
5. Apoyar en la publicación de los procesos de selección en la Plataforma Electrónica Secop II en las fases precontractual, contractual y poscontractual.
6. Las demás que se encuentren relacionadas con el objeto contractual y que sean asignadas por el supervisor del contrato.

B. ESPECIFICACIÓN DE MI PROPUESTA.

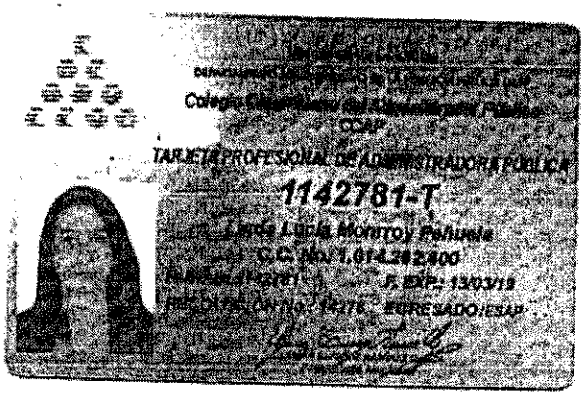
VALOR HONORARIOS MENSUALES: CUATRO MILLONES DE PESOS

PLAZO DE EJECUCIÓN: Hasta el 31 de diciembre de 2019, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato y suscripción del acta de inicio.

Cuando se requiera que en cumplimiento del objeto del contrato, deba desplazarme fuera de Bogotá, la Entidad tendrá a su cargo, el pago de los gastos en que incurre por éste desplazamiento incluidos los tiquetes aéreos o terrestres.

Cordialmente,

Linda Lucía Monrroy Peñuela
C.C. No. 1014262400
Administradora Pública



Esta Tarjeta Profesional es el único documento que acredita al titular para el ejercicio de la profesión de Administrador Público, de acuerdo con la Ley 1066 de 2006 y su Decreto Reglamentario 2211 de 2006. Su uso es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta, devolverla al CCAP.
ESAP Sede Rosales Carrera 4 No. 75 - 55 Bogotá D.C.
Teléfonos: 2226406 - 3012781233
E-mail:ccap@ccap.org.co www.ccap.org.co

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 21:32:00 horas del 08/01/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1014262400**
Apellidos y Nombres: **MONRROY PEÑUELA LINDA LUCIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de [illegible] ano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas

La Policía Nacional de Colombia hace constar

RNMC

Que el número de identificación No. 1014262400 de del señor(a) LINDA LUCIA MONRROY PEÑUELA consultado en la fecha y hora 13/01/2020 04:03:07 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 10069672

Consultar por:

Número de Comparendo o Expediente

Número de Identificación o # Comparendo o # Expediente:

Identificación, Expediente o # Comparendo

Aceptar

Nuevo | Validar Funcionario

Información 5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 139648447

WEB
21:33:26

Bogotá DC, 08 de enero del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LINDA LUCIA MONRROY PEÑUELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1014262400:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 08 de enero de 2020, a las 21:36:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1014262400
Código de Verificación	1014262400200108213645

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

This Sanctions List Search application ("Sanctions List Search") is designed to facilitate the use of the Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the List of Persons Identified as Blocked Solely Pursuant to E.O. 13599, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Part 561 list, the Sectoral Sanctions Identifications List and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List

Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List

Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	LINDA LUCIA MONRROY	**City:**	BOGOTÁ
ID #:	1014262400	**State/Province:***	BOGOTÁ
Program:	All 561-Related BALKANS BELARUS	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 1/13/2020 10:04:13 AM
Non-SDN List last updated on: 6/19/2019 1:34:06 PM

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBLIDADES.

Yo, **LINDA LUCÍA MONRROY PEÑUELA**, identificada con la C. C. No. 1014262400 expedida en Bogotá mayor de edad, en mi condición de aspirante a contratista del Ministerio del Deporte, manifiesto bajo la gravedad del juramento que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades estatales de conformidad con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas complementarias, reglamentarias o modificatorias, relacionadas a este aspecto.

De igual forma, conozco las sanciones a las cuales se incurre por el hecho de trasgredir dichas normas, y encontrarse inmerso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 7º del artículo 26, artículo 52, y en concordancia con el numeral 1º del artículo 44 de la Ley 80 de 1993.

En razón a lo anterior, declaro bajo la gravedad del juramento, que se entiende presentado con la firma del presente documento, que no me encuentro incursa en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, que me impida actuar como contratista ante el estado, representado en Ministerio del Deporte.

Dado en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de Enero de 2020.

Cordialmente

LINDA LUCÍA MONRROY PEÑUELA
C.C 1014262400

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
MONRROY	PEÑUELA	LINDA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ◉ C.E PAS No. 1014262400	F ○ M	COL. ◉ EXTRANJERO	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 27	MES 01	AÑO 1995	CALLE 132 BIS 151 A - 84 LISBOA			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Bogotá D.C
DEPTO	Santander			MUNICIPIO	BOGOTÁ		
MUNICIPIO	SUAITA			TELÉFONO	3115881205	EMAIL	linda.monrroy400@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 académico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X MES 12 AÑO 2011

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	02	2019	1142781

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 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
Asociación Nacional para el Desarrollo Social		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 25 MES 09 AÑO 2019	DÍA 30 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
F-GAF-05-2019-0459,	seguimiento y monitoreo nacion	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7956600	DÍA 01 MES 08 AÑO 2018	DÍA 28 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Práctica administrativa Plaza 1625961086-25		Carrera 7 n 26 - 20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Compañía Iberoamericana de Plasticos S,A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2602100	DÍA 19 MES 04 AÑO 2013	DÍA 08 MES 07 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Supernumerario no calificado		Calle 13 N 52 - 25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Compañía Iberoamericana de plasticos S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2602100	DÍA 22 MES 05 AÑO 2012	DÍA 22 MES 11 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Practicante		Calle 13 N 53 - 25

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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 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 Bogota, 13/01/2020

Linda Lucia Hoyos L
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha 2A11-2020

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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

COLEGIO ALBERTO LLERAS CAMARGO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA TARDE

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 2 día del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO ALBERTO LLERAS CAMARGO INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, Jornada Tarde, institución aprobada hasta nueva determinación, en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., Para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 2577 del 28 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO; al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Linda Lucia Monrroy Peñuela

T.I. 95012720336

Es fiel copia del libro de Acta Original General No 24 del 2 de Diciembre de 2011, que consta de (100) alumnos (as); que comienza con el nombre de JOSE DAVID ACOSTA CARRILLO y se cierra con el nombre de LUIS MIGUEL ZAMBRANO CALDERON Firmada por GLORIA MARÍA VARGAS CASTILLO (Rectora) y MARINA RANGEL ROCHA (Secretaría Académica).

Dada en Bogotá, D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2011

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Gloria María Vargas Castillo
Rectora
C.C. No. 28.097.551 de Charalá

Marina Rangel Rocha
Secretaría Académica
C.C. No. 39.522.746 de Bogotá D.C.

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

ACTA DE GRADO

En la Ciudad de Bogotá D.C., el día 22 de febrero 2019, en **LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – ESAP-** , fue celebrada la ceremonia de graduación presidida por la Doctora **LUZ STELLA PARRADO** decana facultad de pregrado, delegada mediante Resolución **No. 149** del 14 de febrero 2019, y tal como consta en el libro de registros N° **23** de la Facultad de Pregrado, Folio N° **177** Registro ESAP N° **37150** (Decreto 2150 de 5 de diciembre de 1995) Registro SNIES **51868** y en el Acta General **N° 46** se confirió el título de:

ADMINISTRADORA PÚBLICA

A:

LINDA LUCIA MONRROY PEÑUELA
1.014.262.400 DE BOGOTA D.C

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los reglamentos y normas legales.

La graduanda queda comprometida a cumplir la Constitución Política y las Leyes de Colombia, a ejercer su profesión dentro de las normas de ética ciudadana, y a mantener lealtad a la ESAP en los actos públicos y privados de su vida profesional.

En constancia de lo anterior, se expide y firma la presente acta, a los veintidós (22) días del mes de febrero 2019, en la ciudad de Bogotá, válida para todos los efectos legales.

Fdo.
LUZ STELLA PARRADO
Preside

BETTY CONSTANZA LIZARAZO ARAQUE
Secretaria General (e)

Vigilada MinEducación

Sede Nacional - Bogotá - Calle 44 No. 53 - 37 CAN
PBX: 2202790 - Fax: (091) 2202790 Ext. 7205
Correo Electrónico: ventanillaunica@esap.edu.co
www.esap.edu.co

Escuela Superior de Administración Pública

Colombia Compra Eficiente

La Secretaria General de Colombia Compra Eficiente

Certifica que:

Linda Lucia Monrroy Peñuela, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.014.262.400 expedida en Bogotá D.C., realizó sus prácticas universitarias mediante el programa Estado Joven, asignada a la Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico, desde el 01 de agosto de 2018 y hasta el 28 de diciembre de 2018.

Durante el periodo de prácticas tenía asignadas las siguientes funciones:

1. Apoyar en la generación nuevas propuestas de mejora a las diferentes herramientas de compra pública.
2. Realizar pruebas de calidad sobre las diferentes plataformas de compra pública.
3. Identificar las pruebas que necesitan ser llevadas a cabo.
4. Analizar y reportar los resultados de las pruebas
5. Apoyar la estrategia de pruebas

La presente certificación es expedida a solicitud y con destino a la interesada, en Bogotá D.C., el 27 de diciembre de 2018.

Silvia Juliana Ramírez Rosas.

Proyectó: DCE

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia

Scanned by CamScanner

LA ASOCIACIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL ANDES

NIT. 800.228.885-3

CERTIFICA:

Que en el sistema de información SICAN se encuentra registrada la siguiente información de **LINDA LUCIA MONRROY PEÑUELA** identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **1014262400** :

CONTRATO OPS N° F-GAF-05-2019-045925 de septiembre del 2019 - 30 de diciembre del 2019

OBJETO: Prestar sus servicios profesionales en la ejecución de las actividades propias del cargo de PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NACIONAL, en el marco del convenio de asociación N° 545 de 2018 suscrito entre PROSPERIDAD SOCIALy la Asociación Nacional para el Desarrollo Social – ANDES, para la implementación del Programa Familias en su Tierra – FEST con población víctima de desplazamiento forzado.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Apoyo al diseño e implementación de un esquema de Seguimiento y monitoreo que permita medir, reportar y analizar el funcionamiento del programa, definiendo cuales son los resultados obtenidos en la ejecución de la población intervenida con el convenio N° 545 suscrito entre la Asociación ANDES y el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social – Prosperidad Social.

2. Establecer estrategias que identifiquen la validación del modelo de intervención, el cual deberá tener el visto bueno del supervisor del convenio propuesto por PROSPPERIDAD SOCIAL.

3. Apoyo a la coordinación y realización del seguimiento oportuno a los compromisos establecidos en el comité técnico nacional, comité técnico regional y mesas de articulación municipal; para propender por su cumplimiento antes del siguiente comité o mesa de articulación.

4. Implementar procesos de acompañamiento y monitoreo a nivel Nacional y local, los cuales permitan general alertas tempranas en la operación, identificar el avance en el cumplimiento de indicadores de gestión y de producto y apoyar al gerente del proyecto

en la adecuada toma de decisiones de acuerdo a la información identificada.

5. Realizar seguimiento a la implementación de los componentes del programa, conforme los lineamientos establecidos en la guía operativa y el manual metodológico del programa FEST.
6. Hacer entrega periódica de información de seguimiento y monitoreo del programa a la supervisión del contrato.

7. Apoyo a la realización de un informe técnico y de gestión mensual, que permita conocer los avances y resultados alcanzados por el programa a nivel nacional, departamental y municipal durante la vigencia del convenio N°545 de acuerdo a los lineamientos de PROSPERIDAD SOCIAL.

8. Hacer seguimiento al buen uso de los incentivos entregados por el programa, de acuerdo a los planes de inversión concertados en cada uno de los 5.640 hogares y efectuar el reporte oportuno sobre las situaciones presentadas.

9. Realizar las acciones de acompañamiento y seguimiento que permita recepción oportuna por parte de los hogares participantes de los incentivos económicos condicionados; así como el seguimiento al buen uso de estos.

10. Realizar seguimiento a los hogares vinculados que permitan identificar el cumplimiento de las actividades programadas, de acuerdo al POA y llevar el reporte en una matriz uno a uno de los participantes, conforme a los lineamientos entregados por PROSPERIDAD SOCIAL.

11. Dar cumplimiento a la línea de tiempo del proyecto FEST.

12. Atender los requerimientos y recomendaciones que le realice el CONTRATANTE.

13. Velar por la integridad del proyecto y el logro de los objetivos en cada uno de los beneficiarios del programa FEST.

14. Cumplir con todas las obligaciones, funciones y metas establecidas en el convenio N°545 suscrito entre la Asociación Nacional para el Desarrollo Social – ANDES y el Departamento Administrativo para la prosperidad social – Prosperidad Social.

15. Respetar los conductos regulares fijados por la entidad.

16. Mantener el buen nombre del programa FEST, del Departamento Administrativo para la prosperidad social – Prosperidad Social, y de la Asociación Nacional para el Desarrollo Social – ANDES.

17. Ceder parcial y totalmente los derechos de autor sobre las intervenciones, creaciones, implementaciones de documentos o demás material creado y/o utilizado en el desarrollo de la estrategia FEST.

18. No utilizar contenido que posean restricciones de derechos de autor sin la previa autorización del creador y del contratante.

19. No dar, ni recibir dadivas en pro de obtener un beneficio personal.

20. Las demás funciones que EL CONTRATANTE le asigne en pro de la ejecución del convenio N° 545 encaminadas en el cargo para el cual fue contratado.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de enero del 2020.

Cordialmente,

EDGAR EDUARDO SANTOS GUALDRON
Gerente de recurso humano

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

MINITERIO DEL DEPORTE

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LINDA LUCÍA MONRROY PEÑUELA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.014.262.400

País	Colombia X	Departamento	BOGOTÁ D.C	Municipio	Bogotá D.C
Dirección	CALLE 132 BIS N° 151 A - 84			Teléfonos	3115881205

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLADYS MONRROY PEÑUELA	28.429.356	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 X** **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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	6.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 6.000.000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	54796890633	BOGOTÁ	$ 720.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
N/A	N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A

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
N/A	N/A

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
N/A	N/A

c)En la actualidad: **SI** **NO** 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

3. FIRMA

Linda Lucia Hennes P.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

24/01/2020
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011 y 734 de 2002)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
LINDA	LUCÍA	MONRROY	PEÑUELA

Documento de identificación
C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] Número: 1014262400

Lugar de Nacimiento
País: COLOMBIA | Departamento: SANTANDER | Municipio: SUAITA

Lugar de domicilio
País: COLOMBIA | Departamento: BOGOTÁ D.C | Municipio: BOGOTÁ D.C

Nombre de la entidad/organismo/institución/Notaría/Curaduría u otra donde trabaja
MINISTERIO DEL DEPORTE

Cargo o función que cumple
CONTRATISTA ADMIISTRACIÓN PÚBLICA

Lugar de sede
País: COLOMBIA | Departamento: BOGOTÁ D.C | Municipio: BOGOTÁ D.C
Dirección: AV 68 N° 55 - 65

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019
Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos respecto de la información directamente relacionada con el desempeño de su función

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	-
Gastos de representación	-
Arriendos	-
Honorarios	6.000.000
Otros ingresos y rentas	-
TOTAL	**6.000.000**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	BOGOTÁ	$ 375.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

CONCEPTO	SALDO
N/A	N/A

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS
N/A	N/A	N/A

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS
N/A	N/A	N/A

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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
N/A	N/A

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [X]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se solicitará información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Madre	GLADIS		MONRROY	PEÑUELA	28.429.356
Hermano(a)	DANIEL	FELIPE	FONSECA	MONRROY	1.141.123.384

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS
N/A	N/A	N/A

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS
N/A	N/A	N/A	N/A

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS
N/A	N/A	N/A

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN
N/A	N/A

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en el numeral 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES
N/A

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13030226

1897

0106975386

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Monroy	SEGUNDO APELLIDO: Penuela	PRIMER NOMBRE: Linda	SEGUNDO NOMBRE: Lucia

7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. [X] C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.	1.014.262.400	F [X] M	DÍA 29 MES 04 AÑO 95

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Proteccion	877803	Cll 132 bis # 151a - 84	Suba	Lisboa

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Bogota	Bogotá D.C	U. [X] R. [ ]	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3115881205	linda.monroy400@gmail.com	

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	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. P.E.		F M	DÍA MES AÑO	

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 DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F. N. M.	31. DISCAPACIDAD Condición T. P.
1		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	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	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Linda Lucia Monroy P.	C.C. [X] C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.	1014262400		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
Cll 132 bis # 151a - 84	Bogotá	Bogotá D.C		3115881205	linda.monroy400@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 13 MES 04 AÑO 2020	independiente	877.803

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/O 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 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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

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
Linda Lucia Monroy P.	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:										

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, [illegible] 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 [illegible] [ ]
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. [ ]

nueva eps s.a.
COD: C1897
FECHA: 13/04/2020
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

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	DÍA MES AÑO	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:

IMPRESO POR CADAENFRENTE GRÁFICAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para el diligenciamiento por la EPS o la Entidad Territorial correspondiente.
Los trámites de afiliación o novedades, puede realizarlos solamente el cotizante, el cabeza de familia, el representante institucional o el representante autorizado en afiliaciones de oficio.

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite. Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar.
A. Afiliación. Si la persona se va a registrar por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ha estado antes en una EPS el trámite no corresponde a una afiliación, sino a una novedad.
B. Reporte de Novedad. Si usted va a comunicar algún cambio en los datos ya sean suyos, de sus beneficiarios, o de la condición en el aseguramiento.
2. Tipo de afiliación
A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
a) Cotizante o cabeza de familia.
b) Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a afiliarse y las prestadoras de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.
3. Régimen
C: Contributivo. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad en el régimen contributivo.
S: Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad en el régimen subsidiado.
4. Tipo de Afiliado
CO: Cotizante. Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el Régimen Contributivo y es el cabeza del grupo familiar.
CF: Cabeza de familia. Es el afiliado que accede a los beneficios del SGSSS y es el cabeza de su grupo familiar.
BF: Beneficiario. Es la persona que pertenece al núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.
5. Tipo de cotizante. Corresponde a la condición de vinculación del cotizante al momento de la afiliación.
Marque con una X la opción que corresponda.
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador o adelanta una relación laboral y compete a este el pago de los aportes a la seguridad social.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, es el cotizante el que paga su aporte sino que los asume en la totalidad.
Pensionado: Si el cotizante percibe una pensión y es sujeto del aporte a salud en su condición de tal.
Independiente por prestación de servicios: Seleccione este tipo de cotizante si tiene un contrato de prestación de servicios y la entidad con la cual tiene el contrato realiza el pago de la cotización, en este caso debe diligenciar la información solicitada en el **Capítulo V.**
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la normatividad vigente.
Fecha de solicitud. Debe anotar la fecha en la cual se está haciendo el trámite: día, mes y año.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe: - Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia. - Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios en el mismo momento de afiliación. Diligenciar los datos del capítulo V relativos al empleador, si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa. - Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que a ello hubiere lugar. - Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, las casillas 54 y 55 según el caso. - Marcar con una X en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.
Si la afiliación es institucional o de oficio la institución o entidad debe:
- Diligenciar los datos de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los recién nacidos de padres no afiliados, en que actúa la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 38 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:
6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre.
7. Tipo de documento de identidad: Debe marcar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Corresponde al Certificado de Nacido Vivo, expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el niño o niña, y solo es válido hasta máximo el tercer mes de vida, después de lo cual debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Corresponde al Registro Civil de Nacimiento, expedido por una notaría pública. Escriba el número del Registro Civil de 11 dígitos. NO EL NÚMERO SERIAL.
TI	Corresponde a la Tarjeta de Identidad, válida hasta cumplir 18 años, cuando debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía. Consta de 10 números.
CC	Corresponde a la Cédula de Ciudadanía, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, a las personas que cumplen 18 años, y es obligatoria a partir de esta fecha. Consta de 10 dígitos.
CE	Corresponde a la Cédula de Extranjería expedida solo para extranjeros, por la Oficina respectiva de Migración Colombia.
PA	Corresponde al Pasaporte, y es el documento que acredita la identidad y la nacionalidad de una persona al ingresar a otro país, y es expedido por la Cancillería.
CD	Corresponde al Carné Diplomático, expedido a aquellos que cumplan funciones como personal de embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros. Aplica sólo en la afiliación de este tipo de funcionarios.
SC	Corresponde al Salvoconducto de permanencia, y es un documento de carácter temporal que expide la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
9. Sexo: Marque con una X la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:
Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.
11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena
02	Rom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), Afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción:
F: Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X la opción:
T: Temporal **P:** Permanente
13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.
14. Grupo poblacional o población especial. Corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el subsidio en salud mediante el mecanismo de listados censales, como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
[illegible]	[illegible]

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: [illegible]
Si la afiliación es [illegible]

15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado.
16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la entidad administradora de pensiones a la cual se encuentra afiliado.
17. Ingreso Base de Cotización — IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual está pagando los aportes al SGSSS.
18. Residencia: Registre la dirección de residencia, teléfono, municipio y departamento.
- Teléfono (fijo o celular)
- Barrio
- Departamento
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Localidad, comuna si existe en su ciudad, municipio o distrito
- Correo electrónico: Registro importante para comunicarle su estado de afiliación y otras novedades.
- Nombre de IPS

CAPITULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" del capítulo IV, en la fila de primer beneficiario (B1).
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.
19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponda al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.
21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
22. Sexo: Marque con una X la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
En las filas identificadas con los códigos 1, 2, 3, y 4 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.
24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
Apellidos y nombres completos.
25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.
26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.
27. Sexo: Marque con una X, la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos complementarios
29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN DEL PARENTESCO
CP	Compañero(a) permanente o cónyuge	Con quien convive de hecho
HI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción.
F: Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X:
T: Temporal **P:** Permanente
32. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios residan en un municipio distinto al del cotizante.
Código Municipio
Zona: [illegible]
Teléfono fijo

[illegible] frente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de **residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con el en el régimen** contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado. **En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese** municipio.
Nivel SISBEN Y GRUPO POBLACIONAL:
Verificar numeral 13 y tabla correspondiente a numeral 14.

CAPITULO V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Estos datos aplican a:
El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente **y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.**
Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cajas de Compensación Familiar y las cooperativas de trabajo asociado cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la **afiliación o el reporte de** la novedad lo exige.
Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, y los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la **afiliación o el reporte de novedades.**
35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, **pagador de pensiones** o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NI: (número de identificación tributaria) cuando se trate de personas jurídicas públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.
37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA.
39. Ubicación o Dirección
- Ciudad o Municipio
- Departamento
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la **modificación de los datos reportados en la afiliación o de la** condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia.
Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.
Las EPS no pueden reportar en la base de datos de afiliados aquellas novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios, mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.
40. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla.

CAPITULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: [illegible]
42. Fecha: [illegible]
Novedad 9: [illegible]
Novedad 10: [illegible]
Novedad 11: [illegible]
Novedad 12: [illegible]
Novedad 18: [illegible]
43. EPS Anterior: [illegible]
44. Excepción del traslado: [illegible] **Unificación de grupo familiar** [illegible] **Cobertura geográfica** [illegible] **Servicio avalado por SNS** [illegible] deficiente prestación de servicios en su EPS anterior previa autorización de la SNS [illegible] **Cumplimiento tiempo de Cesión** [illegible]
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: [illegible]

CAPITULO 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.

CAPITULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tengan a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
En el espacio correspondiente debe ir la firma de:
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPITULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al los documento(s) que se anexan según lo requiera el trámite que realiza.
56. Documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PE).
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. Copia del 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.

CAPITULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:
Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.
67. Datos del Sisbén:
El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:
- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:
El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:
El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:
El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales:
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:
El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados en este capítulo [illegible]

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONRROY PEÑUELA LINDA LUCIA** identificado(a) con **CC** número **1.014.262.400** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de abril de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

	PROCESO	Versión: 1
El deporte es de todos · Mindeporte	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO BS-FR-059
	FORMATO Solicitud de elaboración del contrato de prestación de servicios y constancia de idoneidad	Página 1 de 1

Dr. (a)

JAIME ARTURO GUERRA RODRIGUEZ
SECRETARIO GENERAL

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, se deja constancia de la idoneidad de **LINDA LUCIA MONRROY PEÑUELA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.014.262.400**, para ejecutar el contrato de prestación de servicios, cuyo objeto consiste en: "Prestar sus servicios profesionales realizando el acompañamiento, análisis y apoyo para el desarrollo de las actividades a cargo de la entidad.".

Toda vez que revisada la documentación soporte que reposa en el expediente precontractual, se evidencia que la persona cumple con los requisitos propios de la profesión u oficio a contratar; al mismo tiempo que ha acreditado experiencia laboral, conforme lo previsto en el análisis técnico necesario, contenido en los estudios previos elaborados y suscritos por la dependencia. Lo cual se evidencia así:

Profesión: PROFESIONAL
Especialidad: N/A
Experiencia: N/A

Año	Mes	Dia	Año	Mes	Dia	Años	Meses	Dias
2018	8	1	2018	12	28	0	4	27
2019	9	25	2019	12	30	0	3	5
			Total			0	7	32
			Meses			0	7,0	1,067
			Total Meses				**8,1**	
			Total Años			**0,672**		

Por las razones expuestas solicito la elaboración del contrato de prestación de servicios descrito.

Cordialmente,

FABIAN DARIO ROMERO MORENO
Proyectó: Erica Ledezma Cuero