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
SOLARTE	AZAIN	LIBARDO ARTURO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 97472181	F ○ M ●	COL. ● EXTRANJERO ○	Colombia

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 97472181 D.M BAS09

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 21	MES 07	AÑO 1979	MANZANA A CASA CASA 7			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Putumayo
DEPTO	Putumayo			MUNICIPIO	MOCOA		
MUNICIPIO	SIBUNDOY			TELÉFONO	3124005218	EMAIL	libasol.3@hotmail.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 PEDAGOGICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO 2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	07	2015	82887
TC	3	X		TECNICO PROFESIONAL EN CONTABILIDAD	07	2009	
TC	3	X		TECNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS DE COMPUTACION	12	2006	

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
Distritiendas de Nariño Ltda		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Putumayo	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3167902932	DÍA 16 MES 06 AÑO 2017	DÍA 19 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADOR		Torobajo Pasto Nariño

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASFICREDITO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Putumayo	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3134624757	DÍA 02 MES 04 AÑO 2013	DÍA 16 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ASESOR DE NEGOCIOS	COMERCIAL	MOCOA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DIOCESIS MOCOA - SIBUNDOY		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Putumayo	MOCOA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
84204190	DÍA 01 MES 06 AÑO 2011	DÍA 30 MES 03 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS		MOCOA

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
UNION TEMPORAL LAS CAJAS UT	40	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD

NIVEL EDUCATIVO Básica primaria	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 19 **MES** 02 **AÑO** 2008	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 19 **MES** 12 **AÑO** 2008
ÁREA DE CONOCIMIENTO Ciencias de la educación	**MATERIA IMPARTIDA** PRIMARIA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA SENA REGIONAL PUTUMAYO	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	**MUNICIPIO** LEGUÍZAMO	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06 **MES** 02 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 06 **MES** 09 **AÑO** 2019
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines GESTION DOCUMENTAL	**MATERIA IMPARTIDA** GESTION DOCUMENTAL - CONTABILIDAD - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA SENA REGIONAL PUTUMAYO	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	**MUNICIPIO** LEGUÍZAMO	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 09 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 29 **MES** 11 **AÑO** 2019
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines GESTION DOCUMENTAL	**MATERIA IMPARTIDA** GESTION DOCUMENTAL, CONTABILIDAD, ASISTESNCIA ADMINISTRATIVA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SISCAP	**HORAS SEMANALES** 24	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	**MUNICIPIO** MOCOA	**MODALIDAD** Informal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 05 **MES** 02 **AÑO** 2012	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 27 **MES** 07 **AÑO** 2016
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines	**MATERIA IMPARTIDA** CONTABILIDAD Y GESTION EMPRESARIAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN POLITECNICO INTERNACIONAL INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR POLITECNICO INTERNACIONAL COLOMBIANO	**HORAS SEMANALES** 10	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	**MUNICIPIO** LEGUÍZAMO	**MODALIDAD** Informal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 21 **MES** 07 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 23 **MES** 11 **AÑO** 2019
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines GESTION DOCUMENTAL	**MATERIA IMPARTIDA** MERCADEO Y VENTAS, SERVICIO AL CLIENTE, CONTABILIDAD, FUNDAMENTOS DE LA ADMINISTRACION, EMPRENDIMIENTO, AUDITORIA.	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN DIOCESIS MOCOA - SIBUNDOY	**HORAS SEMANALES** 40	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	**MUNICIPIO** VILLAGARZÓN	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Normalistas	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 30 **MES** 03 **AÑO** 2005	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 14 **MES** 12 **AÑO** 2007
ÁREA DE CONOCIMIENTO Ciencias de la educación	**MATERIA IMPARTIDA** PRIMARIA	

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

4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 _____

Libardo Arturo Solarte Azain
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 AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha _____ 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 97.472.181

SOLARTE AZAIN

APELLIDOS

LIBARDO ARTURO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1979

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-OCT-1997 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400100-00133043-M-0097472181-20061202 0007424726A 1 25652348

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta de Reservista Primera Clase

97472181

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2009	31 - DIC. 2019	31 - DIC. 2029



APELLIDOS Y NOMBRES

SOLARTE AZAIN

LIBARDO ARTURO

UM **BAS09** ESP: **FUSILERO**

PROFESION CABO SEGUNDO (r)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleados públicos o privados.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos.
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión.
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

97472181

TC.MATAMOROS BLANCO JORGE A 0376904

22 NOV 2005

CDTE. DE ZONA

El servicio público es de todos | Función Pública

PORTAL DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS

SOLARTE AZAIN, LIBARDO ARTURO

Hoja de vida | Formulario gerencia pública | Declarac. de bienes y rentas

Inicio >> Declaración de bienes y rentas >> Declaracion Juramentada de Bienes y Rentas

Arbol de contenidos

Modificación de declaración bienes y rentas
» Modificación de parientes en primer grado
» Modificación de otros ingresos y rentas no laborales
» Modificación de cuentas corrientes y de ahorro
» Modificación de mis bienes patrimoniales
» Modificación de actividad económica privada
» Modificación de datos de acreencias y obligaciones
» Modificación de participación en juntas, entidad o institución
» Modificación de participación en juntas corporación

FORMATO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA (LEY 190 DE 1995)
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PUBLICO
- SIGEP - PARA EL ESTADO COLOMBIANO
Persona Natural

DATOS GENERALES.

Número declaración: 1	Periodo a declarar * desde: 01-01-2019 * hasta: 31-12-2019	Fecha declaración 29-01-2020

DECLARACIÓN JURAMENTADA.

Yo:	SOLARTE	AZAIN	LIBARDO	ARTURO
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres

Declaro, bajo la gravedad de juramento y en cumplimiento de lo dispuesto en el articulo 122, inciso 3°, de la Constitución Politica de Colombia y en los Artículos 13 y 14 de la Ley 190 de 1995, que la información aquí suministrada es autentica por veraz, que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación, sopena de incurrir en responsabilidad disciplinaria y penal, de conformidad con la Ley 734 de 2000 y que igualmente me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, dentro de los plazos establecidos por las normas o una vez se produzcan cambios.

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Tipo de Documento **Cédula de Ciudadanía**	Número de Identificación **97472181**	11. Género **M** F	Dirección **MANZANA A CASA CASA 7**
País **Colombia**	Departamento **Putumayo**		Municipio **MOCOA**
Teléfono domicilio	Teléfono Celular **3124005218**		Dirección electrónica **libasol.3@hotmail.com**

STATUS: ACTUALIZAR

Los ingresos y rentas que obtuve el en "último" año gravable fueron:
INGRESOS LABORALES.

Concepto	Valor
Salarios y demás ingresos laborales	$ 36,149,600.00
Cesantias e intereses de cesantias recibidos	$ 0.00
Gastos de representación	$ 0.00
Otros ingresos laborales	$ 0.00
Total ingresos laborales	$ 36,149,600.00
Total ingresos no laborales	$ 0.00
Total ingresos	$ 36,149,600.00

Total cuentas corrientes	$ 0.00	*Total bienes patrimoniales*	$ 0.00	*Total acreencias*	$ 0.00

Libardo Arturo Solarte Azain
CC 97472181

[Hoja de vida] [Gerentes públicos] [Declaración de bienes y rentas] [Arriba]

En virtud de lo expuesto en la Ley 23 de 1982, se permite el uso de la información sólo con fines educativos o para el uso privado y sin fines lucrativos, respetando los derechos de autor

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14668138505

(415)7707212489984(8020) 000001466813850 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 7 4 7 2 1 8 1	2	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 7 4 7 2 1 8 1	1 9 9 7 1 0 0 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Putumayo 8 6	Sibundoy 7 4 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOLARTE	AZAIN	LIBARDO	ARTURO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal
MZ A CA 7 URB VILLA SOFIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
libasol.3@hotmail.com		3 1 2 4 0 0 5 2 1 8	3 1 2 3 4 1 3 3 6 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 9 0 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 1 0 1 7

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre SOLARTE AZAIN LIBARDO ARTURO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

☐ ■ - ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL - ● ● ☐

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

C2023.

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 ☐	03	29 01 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: Solarte	SEGUNDO APELLIDO: Azain.	PRIMER NOMBRE: Libardo	SEGUNDO NOMBRE: Arturo.	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ☒	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 97472181	9. SEXO: F ☒ M ☐	10. FECHA NACIMIENTO: 21 07 1979	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. ☒ R. ☐	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Porvenir.	877803.	Mza Acaa 7			Villasofia

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Mocoa	Putumayo		3124005218	libasol.3@hotmail.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: TI CC CE PA CD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO: F M	23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	CÓDIGO IPS

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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M / Condición T P
1		TI CC CE PA CD						F ☐ N ☐ M ☐ / T ☐ P ☐
2		TI CC CE PA CD						F ☐ N ☐ M ☐ / T ☐ P ☐
3		TI CC CE PA CD						F ☐ N ☐ M ☐ / T ☐ P ☐
4		TI CC CE PA CD						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 de la Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS)	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 ☐	

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: Enedith Paut Merlo
CLAVE ASESOR: C2023 REGIONAL SUROCCIDENTE
FECHA: 29/01/2020
COD No 1150203520010S0204

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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
	NI CC CE PA CD PE			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
01 02 2020	Ind. Contratista	877803.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION ☐
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACION 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 REGIMEN ☐
B) DIFERENTE REGIMEN ☐
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
NI CC TI CE PA CD PE		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
01 02 2020			

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 mí. ☐

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 incapacidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐

Libardo Arturo Solarte Azain

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LIBARDO ARTURO SOLARTE AZAIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **97.472.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

S GENERALES DEL APORTANTE

tificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
2181		SOLARTE AZAIN LIBARDO ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO PROGRESO	MOCOA-PUTUMAYO	4204701	No

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ón	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2019-10	522626644	8498726268	I	2019/11/21	2019/11/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$431,200

DACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
CC	97472181	SOLARTE LIBARDO	230301	30	$1,485,600	$237,700	EPS037	30	$1,485,600	$185,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,485,600	$7,800	0	$0	$0
Afiliados(1)					$1,485,600	$237,700			$1,485,600	$185,700			$0	$0			$1,485,600	$7,800		$0	$0

IMEN DE PAGO

O	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
DMINISTRADORAS: 1)				1	$237,700	$0	$0	$237,700
RVENIR	230301	800,224,808	8	1	$237,700	$0	$0	$237,700
DMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
ITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,800	$0	$0	$7,800
DMINISTRADORAS: 1)				1	$185,700	$0	$0	$185,700
EVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$185,700	$0	$0	$185,700
L				1	$431,200	$0	$0	$431,200