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 |
|---|---|---|
| DUARTE | PEÑAFIEL | DIEGO ALEJANDRO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (•) C.E ( ) PAS ( ) No. 1122784110 | F ( ) M (•) | COL. (•) EXTRANJERO ( ) | Colombia |

| LIBRETA MILITAR | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMERA CLASE ( ) | SEGUNDA CLASE ( ) | NÚMERO | D.M |

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DÍA 10 | MES 11 | AÑO 1992 | cr 7 cll 2 Casa Minute de Dios | | | |
| PAÍS | Colombia | | | PAÍS | Colombia | DEPTO | Putumayo |
| DEPTO | Putumayo | | | MUNICIPIO | VILLAGARZÓN | | |
| MUNICIPIO | SIBUNDOY | | | TELÉFONO | 3157965775 | EMAIL | diegoadupe@hotmail.es |

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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2009 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 4 | X | | TECNOLOGIA ELECTROMECANICA | 11 | 2015 | |

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 |
|---|---|---|---|
| SENA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Putumayo | PUERTO ASÍS | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 03 MES 02 AÑO 2018 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Contratista 00149 | Mecanica | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SENA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 13 MES 07 AÑO 2016 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONTRATISTA 000465 | MECANICA | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SENA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Putumayo | PUERTO ASÍS | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 05 MES 08 AÑO 2015 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| contratista 000296 | | |

| | | |
|---|---|---|
| Antioquia | MEDELLÍN | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** **DÍA** 27 **MES** 08 **AÑO** 2012 | **FECHA DE RETIRO** **DÍA** 08 **MES** 05 **AÑO** 2013 |
| **CARGO O CONTRATO** Tecnico de taller de servicio | **DEPENDENCIA** Taller de servicio | **DIRECCIÓN** |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** Super motos de Nariño S.A.S | **PÚBLICA** | **PRIVADA** X | **PAÍS** Colombia |
| **DEPARTAMENTO** Nariño | **MUNICIPIO** PASTO | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| **TELÉFONOS** 7216300 | **FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 10 **AÑO** 2011 | | **FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 08 **AÑO** 2012 |
| **CARGO O CONTRATO** Tecnico de taller de servicio | **DEPENDENCIA** Taller | | **DIRECCIÓN** |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD** SERVITECNICOS RODRIGUEZ | **PÚBLICA** | **PRIVADA** X | **PAÍS** Colombia |
| **DEPARTAMENTO** Putumayo | **MUNICIPIO** MOCOA | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 03 **AÑO** 2011 | | **FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 08 **AÑO** 2011 |
| **CARGO O CONTRATO** TECNICO DE TALLER | **DEPENDENCIA** Taller de servicio | | **DIRECCIÓN** |

EXPERIENCIA DOCENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTITUCIÓN** CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA SENA REGIONAL PUTUMAYO | **HORAS SEMANALES** 0 | | **PAÍS** Colombia |
| **DEPARTAMENTO** Putumayo | **MUNICIPIO** PUERTO ASÍS | | **MODALIDAD** Formal |
| **NIVEL EDUCATIVO** Tecnológica | **FECHA DE INGRESO** **DÍA** 07 **MES** 02 **AÑO** 2019 | | **FECHA DE RETIRO** **DÍA** 06 **MES** 09 **AÑO** 2019 |
| **ÁREA DE CONOCIMIENTO** MANTENIMIENTO MECANICO Y SEGURIDAD VIAL | **MATERIA IMPARTIDA** MECANICA DE MOTOCICLETAS | | |

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 Puerto Asís 11/02/2020

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 **1.122.784.110**

**DUARTE PEÑAFIEL**

APELLIDOS

**DIEGO ALEJANDRO**

NOMBRES

Diego Duarte

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1992**

**SIBUNDOY**
**(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.88** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-NOV-2010 SIBUNDOY**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401900-00278265-M-1122784110-20110120 **00255**88213A 1 25631519

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Provisional



NÚMERO 92111060667

APELLIDOS Y NOMBRES

**DUARTE PEÑAFIEL**

**DIEGO ALEJANDRO**

HAST. 18 ANOS

VALIDEZ

FECHA EXP.: 05-OCT-2009

FECHA VENC.: 10-NOV-2010

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es necesario presentarlo para los actos determinados en el artículo 36 de la ley 48/93.
2. En caso de movilización, deberá presentarse en el Cuerpo de Tropa más cercano al lugar de su residencia para recibir instrucciones.

0093544

EJ BMG 912

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

**FORMULARIO ÚNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
(LEY 190 DE 1995)

**ENTIDAD RECEPTORA**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Periodo a declarar

| Desde | Hasta |
|---|---|
| 01-01-2019 | 31-12-2019 |

## I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** DUARTE PEÑAFIEL DIEGO ALEJANDRO

**IDENTIFICADO CON:** C.C. (•) C.E. ( ) OTRO ( ) **No.** 1122784110 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :**

**DIRECCIÓN**
cr 7 cll 2 Casa Minuto de Dios

**TELÉFONOS**
3157965775

**MUNICIPIO**
VILLAGARZÓN

**DEPARTAMENTO**
Putumayo

**PAÍS**
Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| DUARTE JUAN | CC 1122785715 | Hermano (a) |
| PEÑAFIEL MARIA | CC 3074-1767 | Madre |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** (•), **PARA RETIRARME** ( ), **PARA ACTUALIZACIÓN** ( ), **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ( ), QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 22,400,000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | 0 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | 0 |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | 0 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | 0 |
| TOTAL | 22,400,000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |

### 1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

c) En la actualidad: SI ( ) NO (•) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ( ) C.E. ( ) OTRO ( ) | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Recto Nariño 11/02/20
CIUDAD Y FECHA

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14660727860

(415)7707212489984(8020) 000001466072786 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1122784110 | 1 | Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís (46) | |

### 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 (13) | 1122784110 | 2010 11 22 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Putumayo (86) | Sibundoy (749) |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DUARTE | PEÑAFIEL | DIEGO | ALEJANDRO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA (169) | Putumayo (86) | Sibundoy (749) |

41. Dirección principal: CR 15 CL 16 BRR CENTRAL

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| diegoadupe@hotmail.es | | 3157965775 | 3117779371 |

### 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 |
| 8523 | 2015 08 03 | 7020 | 2015 08 03 | 8299 | | | |

**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: | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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: 2019 09 23

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: DUARTE PEÑAFIEL DIEGO ALEJANDRO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**Emssanar**

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | 11 02 2020 |

**I.DATOS DEL TRAMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación [v] B. Reporte de Novedades [ ] | A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | A. Contributivo [v] B. Subsidiado [ ] |

| 4. Tipo de afiliado | 5.Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante [v] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [v] B. Independiente [ ] C: Pensionado [ ] | (a registrar por la EPS) [ ] |

## A. AFILIACIÓN

**II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)**

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Duark | Segundo apellido: Penagos | Primer nombre: Diego | Segundo nombre: Alejandro |
| 7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número del documento de identidad: 1.122784110 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 14/11/1992 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| Positiva | Porvenir | 877.803 |

| 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección: Cra 7 Calle 12 Esq 01 | Teléfono fijo | 3157965775 Teléfono celular | olleguadope@hotmail.es Correo electrónico | |
| Municipio/Distrito: Villagarzon | Zona: Urbana [v] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: Putumayo | |

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

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| [ ] | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Tipo | | | Condición | |
| | | | F | N | M | T | P |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona | | Departamento | Teléfono Fijo y/ o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Urbana | Rural | | | |
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Numero del documento de identificación | 38. Tipo de a portante o pagador pensiones ( a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | [ ] | | |

39. Ubicación

| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## 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 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de l trámite de protección al cedante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- [ ] 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 de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| [ ] | | Femenino [ ] Masculino [ ] | | 11/09/2020 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

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 adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

Viii. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. E empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Diego Duarte | |

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 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 al que declare la separación de cuerpos de 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. Documento en que conste la perdida de la patria potestad; o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 del bebeficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del depantamento | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

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: Cargo: Contratista.

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

**FUNCIONARIO EMSSANAR:**

**Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicar el siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.**

| | | |
|---|---|---|
| *¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?* | **SI** ☐ | **NO** ☐ |
| *¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?* | **SI** ☐ | **NO** ☐ |
| *¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?* | **SI** ☐ | **NO** ☐ |
| *¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?* | **SI** ☐ | **NO** ☐ |
| *¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?* | **SI** ☐ | **NO** ☐ |

En constancia se firma el día 11, mes 02, año 2020

Municipio Puerto Asís Departamento Putumayo

F. Diego Ducuje
Firma afiliado

ó Huella afiliado

**Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.**

Firma a ruego

Nombre:
Identificación:
Edad:
Domicilio:

**FUNCIONARIO EMSSANAR**

**Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.**

Vivamos Saludables

**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:**

**DIEGO ALEJANDRO DUARTE PEÑAFIEL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.784.110**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

***Tenga en cuenta:***

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | 1122784110 | Sucursal | PRINCIPAL | Teléfono | 1234567 |
| Razón Social | DIEGO ALEJANDRO DUARTE PEÑAFIEL | Dirección | CRA 15 CALLE 16 BARRIO CENTRO | Fecha Pago | 04/12/2019 |
| Clase de Aportante | I - Independiente | Ciudad | SIBUNDOY | Periodo Salud | Octubre-19 |
| Banco | BANCOLOMBIA | No. Planilla | 39046540 | Periodo Pension | Octubre-19 |
| Total a Pagar | $404,200 | Total Intereses Mora | $8,200 | Estado | Pagada |
| Número Dias en Mora | 28 | | | | |

compensar | miplanilla.com

**PENSIÓN**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotizacion | Voluntaria Afiliado | Voluntaria Empleador | Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Interés Mora | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808 | 1 | $1,280,000 | $204,800 | $0 | $0 | $0 | $0 | $4,200 | 204800 | $209,000 |
| **Totales** | | | | $1,280,000 | $204,800 | $0 | $0 | $0 | $0 | $4,200 | $204,800 | $209,000 |

**SALUD**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotizacion | UPC | Interés Mora | Autorización Incapacidades | Valor Incapacidades | Autorización Licencias | Valor Licencias | Saldo a Favor | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC18 | EPS-S Emssanar | 901021565 | 1 | $1,280,000 | $160,000 | $0 | $3,300 | | $0 | | $0 | | 160000 | $163,300 |
| **Totales** | | | | $1,280,000 | $160,000 | $0 | $3,300 | | $0 | | $0 | | $160,000 | $163,300 |

**INFORMACIÓN ARP**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotizacion | Interés Mora | Valor Total Incapacidades | Saldo a Favor | Valor Pagado Otros Riesgos | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 860011153 | 1 | $1,280,000 | $31,200 | $700 | | | | 31200 | $31,900 |

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1