



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Toro		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guerra		NOMBRES Angie Fernanda	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1006845935		GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 26 MES 11 AÑO 1999			CALLE 11 34 45 COLINAS		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO PUTUMAYO
DEPTO PUTUMAYO			MUNICIPIO PUERTO ASÍS		
MUNICIPIO PUERTO ASÍS			TELÉFONO 3152956600		EMAIL angie.toro.g@uniautonom.edu.co

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	EDUCACION MEDIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	MES	AÑO	
										<input checked="" type="checkbox"/>	11	2016			

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	
PREGRADO	10	X		DERECHO	06	2022	415581

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO			MUNICIPIO PUERTO ASÍS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	21	Mes	01	Año	2025	Día	08	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ABOGADA PROFESIONAL DE APOYO			DEPENDENCIA FOSFEC- AGENCIA DE EMPLEO					DIRECCIÓN CALLE 11 null null CRA 17 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO			MUNICIPIO PUERTO ASÍS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2024	Día	26	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO JURIDICO			DEPENDENCIA 01 OFICINA JURIDICA					DIRECCIÓN CALLE 11 null null CRA 17 ESQUINA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FISCALIA GENERAL DE LA NACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	25	Mes	07	Año	2022	Día	25	Mes	04	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR JUDICIAL			DEPENDENCIA UNIDAD DE FISCALIA LOCAL					DIRECCIÓN CALLE 8 null null #10-00 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CIVIL PETROLEUM COMPANY S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO			MUNICIPIO PUERTO ASÍS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	02	Año	2020	Día	03	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ABOGADO. AUXILIAR JURIDICO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA JURIDICA					DIRECCIÓN CARRERA 29 30 167						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

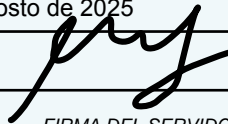
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO **X** 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 de agosto de 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

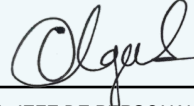
9

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.

 Puerto Asís, 11/08/2025

Ciudad y fecha



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

COLOMBIA

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.845.935**

TORO GUERRA

APELLIDOS

ANGIE FERNANDA

NOMBRES

Angie *Toro*

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1999**

**PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

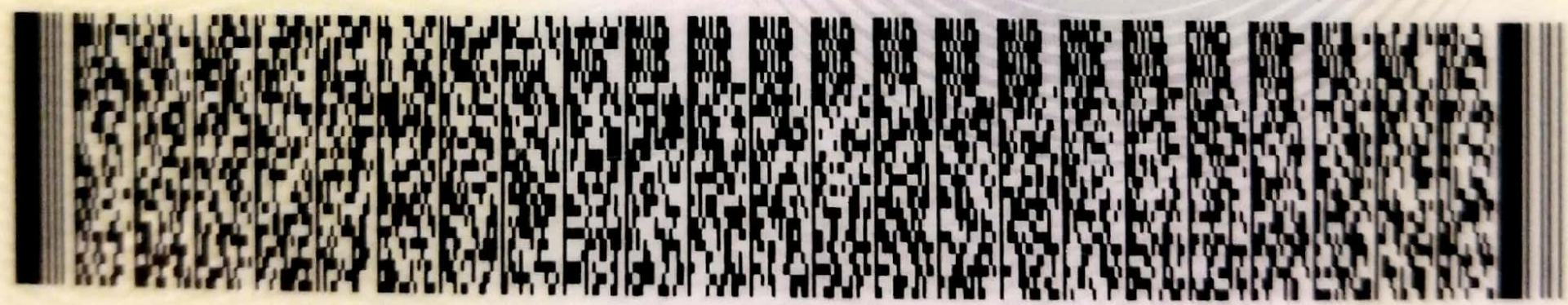
F

SEXO

28-NOV-2017 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-6400100-01129162-F-1006845935-20200127

0069843419A 1

2105827497

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGIE	FERNANDA	TORO	GUERRA

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio
Dirección
Cargo o función que cumple

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 presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto 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

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$2.500.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$22.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Uniautónoma
DEL CAUCA

Vigilado Mineducación

Líderes, visionarios y emprendedores



En nombre de la
República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
12321 de julio de 1979 y 677 de abril de 2003.

Considerando que conforme a las disposiciones legales vigentes:

Angie Fernanda Toro Guerra

1.006.845.935 de Mocoa

Ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de:

Abogada

Con todos los derechos, privilegios y dignidades que le facultan para el
ejercicio de su Profesión.

Dado en la ciudad de Popayán a los 29 días del mes de Septiembre de 2023

Registrado en el libro de Diplomas No.002 Folio 022 Partida 254

Resolución 0129 del 19 de septiembre de 2023

Acta 034 del 29 de septiembre de 2023

Daniel Augusto Mantilla-Sandoval
Rector

Eduardo Adolfo Muñoz Portilla
Secretario General





La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Ciudad Mocoa

Mocoa - Putumayo

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental
según Decreto No. 0157 de Febrero 3 de 2003

Confiere a:

Angie Fernanda Toro Guerra

C. J. No. 1006845935 de Puerto Asís - Putumayo

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes.

Mg. Frey David Tapia Cano
C.C. No. 7.695.834 de Neiva
Rector



Dado en Mocoa Putumayo, a los 25 días del mes de Noviembre de 2016.
Anotado al folio No. 50 Libro de Registro No. 01
No requiere registro, Decreto No. 921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.D.



Caja de Compensación Familiar del Putumayo

Nº. 891200337-8

LA COORDINADORA DE GESTIÓN HUMANA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO

CERTIFICA

Que la Señora: **ANGIE FERNANDA TORO GUERRA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.845.935 expedida en Mocoa (Putumayo), se encuentra vinculada a la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, en el municipio de Puerto Asís, como PROFESIONAL DE APOYO FOSFEC, mediante Contrato Individual de Trabajo a Termino Fijo Inferior a Un (1) Año, desde el 21 de enero de 2025 renovado cada tres (03) meses hasta el 20 de julio de 2025, con una remuneración mensual vigente de TRES MILLONES SESENTA MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE (\$3.060.600).

Además, presto sus servicios en los siguientes periodos y cargos:

- Como PROFESIONAL APOYO RECOBROS, mediante Contrato de Prestación de Servicios, desde el 21 de octubre de 2024 hasta el 20 de diciembre de 2024.
- Como APOYO AREA JURIDICA, mediante Contrato de Prestación de Servicios, desde el 18 de septiembre de 2024 hasta el 26 de septiembre de 2024.
- Como APOYO AREA JURIDICA, mediante Contrato de Prestación de Servicios, desde el 30 de mayo de 2024 hasta el 17 de septiembre de 2024.

Certificado que se expide a solicitud de la funcionaria y se firma en Puerto Asís, el día catorce (14) del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).


Melida Trujillo Alvarez
MELIDA TRUJILLO ALVAREZ

COM/2025

Margarita M



Puerto Asís, Calle 11 Carrera 17 Esquina – 608 – 4227137/138 – Mocoa 4295342 – Orito 3118547980
Valle del Guamuez 3142967828 – Sibundoy 4260166 – Puerto Leguizamo 3214611014

Tu bienestar es nuestra prioridad



LA SUSCRITA SUBDIRECTORA REGIONAL DE APOYO DEL PACIFICO DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACION, CON DESTINO AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA,

CERTIFICA:

Que la señora **ANGIE FERNANDA TORO GUERRA**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.006.845.935** expedida en Mocoa (Putumayo), prestó el servicio de **JUDICATURA** en la Fiscalía 016 Local adscrita a la Unidad de Patrimonio Económico Delitos de Hurtos y Estafas de Popayán., ejerciendo el cargo de **AUXILIAR AD-HONOREM** como requisito para obtener el título de **ABOGADA** de la **UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CAUCA**, conforme lo reglamenta la Resolución N° 0 1820 de 05 de Diciembre de 2019, expedida por el señor Fiscal General de la Nación, cumpliendo las siguientes actividades de acuerdo al **MANUAL DE FUNCIONES, COMPETENCIAS LABORALES Y REQUISITOS DE LOS CARGOS DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN:**

Apoyar el desarrollo del ejercicio de la acción penal en los casos asignados al respectivo fiscal, tales como:

1. Apoyar al fiscal en el ejercicio de la acción penal de los casos que le sean asignados para dar impulso a las investigaciones, de acuerdo con los procedimientos establecidos y la normativa vigente.
2. Apoyar la planeación, el desarrollo y seguimiento de las investigaciones a cargo de los fiscales.
3. Clasificar y coordinar las diligencias de acuerdo al tipo de delito, siguiendo los procedimientos establecidos y la normativa vigente.
4. Actualizar los sistemas de información de la entidad de acuerdo con los lineamientos establecidos y procedimientos establecidos.
5. Apoyar la elaboración del programa metodológico de la investigación de acuerdo con las orientaciones del fiscal, en cumplimiento de los procedimientos establecidos y la normativa vigente.



6. Elaborar y proyectar los documentos necesarios propios de la función judicial y que sean requeridos en las investigaciones asignadas al despacho, de conformidad con los lineamientos que imparta el fiscal del caso.
7. Apoyar al fiscal en la verificación de la aplicación del sistema de cadena de custodia, de acuerdo con el manual establecido y la normativa vigente.
8. Apoyar al fiscal en la implementación de los modelos de priorización y contexto de situaciones y casos conforme a las directrices del Fiscal General de la Nación.
9. Atender a los usuarios del servicio cuando requiera y brindar la información autorizada de acuerdo con los procedimientos establecidos.
10. Colaborar al fiscal en los trámites de las acciones constitucionales y administrativas y demás requerimientos que lleguen al despacho, de acuerdo con los procedimientos establecidos y la normativa vigente.
11. Consolidar información de las investigaciones y acusaciones adelantadas por el Despacho en el que se desempeña sus funciones.
12. Preparar y presentar informes de carácter técnico y estadístico requeridos según los lineamientos y procedimientos institucionales.
13. Mantener actualizada la agenda del fiscal de acuerdo con las audiencias programadas y demás diligencias judiciales requeridas.
14. Recibir, radicar, distribuir y archivar oportunamente la correspondencia tanto interna como externa y los expedientes cuando a ello hubiere lugar, de acuerdo con la normativa del sistema de gestión documental.
15. Aplicar las directrices y lineamientos del Sistema de Gestión Integral de la Fiscalía General de la Nación.




16. Desempeñar las demás funciones asignadas por jefe de inmediato, y aquellas inherentes a las que desarrolla la dependencia y a la formación del titular del cargo.


Dichas funciones fueron cumplidas en forma satisfactoria, desde el día 25 de Julio de 2022 hasta el 25 de Abril de 2023, de conformidad al horario establecido por la entidad de Lunes a Viernes de 08:00 am a 12:00 pm, y de 01:00 pm a 05:00 pm.

El nombramiento se realizó mediante la Resolución N° 0245 del 21 de julio de 2022 de la Subdirección Regional de Apoyo del Pacífico y se perfeccionó mediante el Acta de Posesión N° 0127 del 21 de julio de 2022.

El presente documento, se expide conforme a la certificación suscrita por la Fiscal 016 Local de Popayan, de fecha veintiocho (28) de abril de dos mil veintitrés (2023).

Para constancia se firma en Popayán (Cauca), el dos (02) días del mes de mayo del año dos mil veintitrés (2023), con destino al **CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**.


OLGA LUCIA SALAZAR DUQUE
Subdirectora Regional de Apoyo del Pacifico (E)

Elaboro: Luis Fernando Urrea Medina – Profesional de Gestion II 
Revisó y aprobó: Olga Lucia Salazar Duque- Subdirectora Regional de Apoyo Pacifico (E).

GRUPO SECCIONAL DE APOYO CAUCA
SUBDIRECCION REGIONAL DE APOYO DEL PACIFICO
CALLE 3 No. 2 – 76. BARRIO LA PAMBA. POPAYAN CAUCA.
TELEFONO 8274107 EXT. 20627. CELULAR 3167416041
www.fiscalia.gov.co

 **FISCALÍA**
GENERAL DEL ESTADO
En la calle y en los territorios



ISO 9001

LL-C (Certification)

No. 573107



ISO 14001

LL-C (Certification)

No. 573107



ISO 45001

LL-C (Certification)

No. 573107



NORSOK S-006

LL-C (Certification)

No. 573107

A QUIEN PUEDA INTERESAR

CIVIL PETROLEUM COMPANY S.A.S

Identificada con Nit: 900.633.933 – 8

Que la señora ANGIE FERNANDA TORO GUERRA con cedula de ciudadanía No. 1.006.845.935, Laboro en esta empresa desde el 03 de febrero de 2020 hasta el 03 de octubre de 2021, como auxiliar jurídica, llevando a cabo labores de la empresa en el área jurídica, trabajado en conjunto con el jurídico desempeñando funciones de redacción de contratos, preparación de documentos de acuerdo a la normativa vigente, velar por el cumplimiento de funciones y procedimientos judiciales y administrativos de la empresa.

Durante el tiempo de ejecución del contrato demostró ser una persona responsable y honesta con todas las tareas encomendadas.

Para constancia se firma en Puerto Asís Putumayo a los 12 días del mes de abril de 2023.

Atentamente,

ERIKA VIVIANA VARGAS

CC.1.082.954.145 de Santa Marta
Representante Legal



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO ASÍS
SECRETARIA DE HACIENDA



SOLICITUD DE INSCRIPCION Y/O NOVEDADES
ICA PARA CONTRIBUYENTES

INSCRIPCION: X NOVEDADES: CESE DE ACTIVIDADES:

RAZON SOCIAL / ANGIE FERNANDA TORO GUERRA
NOMBRE COMPLETO:

NIT / CEDULA: 1006845935 . MATRICULA MERCANTIL No:

DIRECCION: CALLE 11 CRA 34-45 . BARRIO: LAS COLINAS

CELULAR O TELEFONO: 3152956600

CORREO: angie.toro.g@uniautonoma.edu.co

REPRESENTANTE LEGAL: CEDULA:

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:
(En el Municipio de Puerto Asís)

FECHA DE CESE DE ACTIVIDADES:

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES o CODIGO ACTIVIDAD:
 6910 - 0010

RENTAS MUNICIPALES	
PUERTO ASIS - PUTUMAYO	
NIT 891 200 461-3	
08 AGO 2025	
RECIBIDO:	

TIPO DE NOVEDAD:

OTROS ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES:

REGIMEN: SIMPLIFICADO: X COMUN: PROFESION LIBERAL:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL/
PERSONA NATURAL:

Anexar: Copia Cámara de Comercio y RUT según sea su caso.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGIE FERNANDA TORO GUERRA identificado(a) con CC 1006845935 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/09/2025
Estado de la Afiliación:	TRASLADO
IPS:	CLINICA AMAZONIA
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORO GUERRA ANGIE FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.006.845.935** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de agosto de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
ANGIE FERNANDA

APELLIDOS:
TORO GUERRA

Fde. Toro

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

AURELIO ENRIQUE RODRIGUEZ GUZMÁN

A. E. R. Guzmán

UNIVERSIDAD
CORP. U. AUTONOMA/CAUCA

FECHA DE GRADO
29/09/2023

CONSEJO SECCIONAL
CAUCA

CEDULA
1006845935

FECHA DE EXPEDICIÓN
11/10/2023

TARJETA N°
415581

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.**

220337100-02



CERTIFICADO DE SANCIONES VIGENTES PARA ABOGADOS

EL SUSCRITO SECRETARIO JUDICIAL DE
LA COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICA

Que revisados los archivos de antecedentes de esta corporación, el(la) doctor(a) **ANGIE FERNANDA TORO GUERRA**, identificado(a) con número de documento **1006845935** y tarjeta profesional No. **415581**, **NO** registra sanciones vigentes.

Este certificado no acredita la calidad de abogado

ADVERTENCIA: Esta certificación se expide de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 238 de la Ley 1952 del año 2019, que cita «La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes».

De conformidad con el inciso cuarto ibidem, 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.

Por lo que, para esos efectos, se hace necesario informar que los certificados de sanciones vigentes y el de antecedentes disciplinarios en donde se registran aquellas sanciones que el abogado haya presentando durante el ejercicio profesional, se encuentra regulado por medio del Acuerdo PCSJA25-12286 del 13 de marzo de 2025, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, “Por medio del cual se reglamenta la expedición de los certificados de sanciones vigentes y de antecedentes disciplinarios de abogados reportados por la Comisión Nacional de Disciplina Judicial”.

NOTA: Si el número de cédula, el de la tarjeta profesional o los nombres y/ o apellidos, presentan errores, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados (URNA).

DADO EN BOGOTÁ D.C., EL DÍA JUEVES 07 DE AGOSTO DE 2025.

Firmado Por:

William Moreno Moreno

Secretario

Comisión Nacional

De Disciplina Judicial

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **a67927680b14efadd5311003732cf3e0594376def1e84db555fd21ab42e3eeb3**

Documento generado en 07/08/2025 04:26:53 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 277976705



PIB
14:31:52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de agosto del 2025

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) ANGIE FERNANDA TORO GUERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006845935:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

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.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

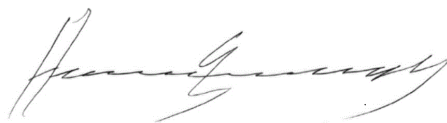
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 07 de agosto de 2025, a las 14:33:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006845935
Código de Verificación	1006845935250807143304

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.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:33:55 PM horas del 07/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006845935**

Apellidos y Nombres: **TORO GUERRA ANGIE FERNANDA**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



PROCESO					
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
NOMBRE DEL FORMATO					
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada	<input type="checkbox"/>	Pública Reservada	<input type="checkbox"/>

Señor:

FREIDER ALEJANDRO NARVÁEZ HERRERA
Subdirector de Centro con funciones de Director Regional (E.)
SENA REGIONAL PUTUMAYO
Puerto Asís - Putumayo

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimado señor(a):

La suscrita ANGIE FERNANDA TORO GUERRA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.006.845.935 expedida en Mocoa, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con identificado con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 18 años que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Entiendo que como titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y, cuando proceda, revocar la autorización, así como presentar consultas, peticiones y reclamos ante la Superintendencia de



Industria y Comercio o demás entidades competentes. Para ejercer estos derechos, podré hacerlo a través del correo servicioalciudadano@sena.edu.co.

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Angie", is written above a horizontal line.

Nombres y Apellidos ANGIE FERNANDA TORO GUERRA
Cedula de Ciudadanía No. 1.006.845.935 de Mocoa

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:50:58 horas del 07/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006845935**, Apellidos y Nombres **TORO GUERRA ANGIE FERNANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/08/2025 02:35:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006845935** y Nombre: **ANGIE FERNANDA TORO GUERRA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **121165041** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1006845935 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 07/08/2025 02:47 PM



Código Verificación: **SYFA4JXH85**

Válida hasta: **05/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

Certificación Bancaria

Jueves, 07 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE FERNANDA TORO GUERRA identificado(a) con CC 1006845935, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	92778820635	2017-07-04	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

ANGIE FERNANDA TORO GUERRA

C.C 1.006.845.935

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 07 de agosto 2025

Aura Isabel Mora

Código: 769302404000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4

Dirección: CRA 25 30B-48

Tel: 3143264577

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso Periódico Retiro Post incapacidad Caso ocupacional
Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas

DATOS DEL PACIENTE

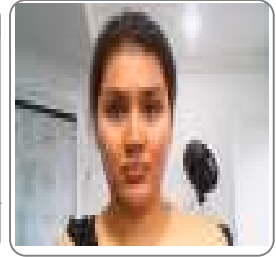
Fecha **09/08/2025 10:50:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 1006845935**

Nombre **ANGIE FERNANDA TORO GUERRA**

Cargo **ADMINISTRATIVO**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

GLUCOSA (EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO), EXAMEN OPTOMETRICO - VISIOMETRIA, CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO
SE EMITEN RECOMENDACIONES PREVENTIVAS POR SU CONDICION DE SALUD VISUAL

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Examen de ingreso con énfasis osteomuscular, pruebas complementarias y examen clínico normal sin hallazgos restrictivos para el cargo.

su capacidad visual es adecuada con el uso de la corrección formulada de uso permanente

se recomienda Ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas, pausas activas osteomusculares

Se recomienda realizar pausas activas visuales cuando trabaje durante tiempos prolongados con vídeo terminales, Educación en higiene visual, adecuada iluminación en puesto de trabajo.

Verificar esquema de vacunación acorde con el riesgo, continuar con protocolos de bioseguridad

RECOMENDACIONES MEDICAS

Se recomienda asistencia a Programas de promoción y prevención en la entidad de salud

Se recomienda continuar Control con optometría cada año para actualización de formula de corrección

HABITOS Y ESTILOS SALUDABLES

Se recomienda hábitos saludables, Actividad física aeróbica, Hacer deporte 150 minutos a la semana

Mantener una alimentación balanceada

RESTRICCIONES LABORALES

Sin restricciones

ANA CRISTINA MOLINA AREVALO
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 36751262 RM: 861173 LIC. 042

Trabajador: ANGIE FERNANDA TORO GUERRA
CC: 1006845935

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora ANGIE FERNANDA TORO GUERRA identificada con Cédula de Ciudadanía 1006845935, se inscribió en nuestro servicio el día 07/08/2025.

El presente certificado se genera el día 11/08/2025, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos,
indiscriminados y no requieren intermediarios.**



Trabajo



Servicio Público
de Empleo





Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO ASÍS
SECRETARIA DE HACIENDA



**SOLICITUD DE INSCRIPCION Y/O NOVEDADES
ICA PARA CONTRIBUYENTES**

INSCRIPCION: X NOVEDADES: CESE DE ACTIVIDADES:

RAZON SOCIAL / ANGIE FERNANDA TORO GUERRA

NOMBRE COMPLETO:

NIT / CEDULA: 1006845935 . MATRICULA MERCANTIL No: .

DIRECCION: CALLE 11 CRA 34-45 . BARRIO: LAS COLINAS .

CELULAR O TELEFONO: 3152956600 .

CORREO: angie.toro.g@uniautonoma.edu.co .

REPRESENTANTE LEGAL: CEDULA: .

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: .

(En el Municipio de Puerto Asís)

FECHA DE CESE DE ACTIVIDADES: .

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES o CODIGO ACTIVIDAD:
 6910 - 0010 .

TIPO DE NOVEDAD: .

OTROS ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES: .

REGIMEN: SIMPLIFICADO: X COMUN: PROFESION LIBERAL: .

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL/
PERSONA NATURAL:

Anexar: Copia Cámara de Comercio y RUT según sea su caso.



* 01B 0000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN
DÍA MES AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>				3. RÉGIMEN A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/>		7. CÓDIGO	

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T.		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. SEXO BIOLÓGICO F M		12. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro	
13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO		15. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA		17. COMUNIDAD INDÍGENA		18. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		20. CLASIFICACIÓN SISBÉN		21. GRUPO Población ESPECIAL		22. ARL	
23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO F M		31. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro	
32. NACIONALIDAD		33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO			

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN		41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO					
				F	M	F	M	T	NB	Otro?	PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
B1	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

43. PARENTESCO		44. ETNIA		45. COMUNIDAD		46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO		49. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO		ZONA CABECERA MUNICIPAL CENTRO POBLADO RURAL DISPERSO RESTO RURAL		
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				

52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL		DIRECCIÓN		LOCALIDAD/COMUNA		CORREO ELECTRÓNICO		53. IPS		54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/> 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: <input type="checkbox"/> 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: <input type="checkbox"/> 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/> 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/> 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/> 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. <input type="checkbox"/> 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/> 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/> 14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>		15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/> B) DIFERENTE RÉGIMEN <input type="checkbox"/> 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE <input type="checkbox"/> 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/> 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/> 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. <input type="checkbox"/> 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. <input type="checkbox"/>	
---	--	---	--	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO F M		63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro			
64. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD DÍA MES AÑO		67. MOTIVO DE TRASLADO Código		68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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. <input checked="" type="checkbox"/>		70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" type="checkbox"/>	
71. 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 <input checked="" type="checkbox"/>		72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/>	
73. 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. <input checked="" type="checkbox"/>		74. 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. <input checked="" type="checkbox"/>	
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. <input checked="" type="checkbox"/>		76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. <input checked="" type="checkbox"/>	
76. b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). <input checked="" type="checkbox"/>		77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/>	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. <input type="checkbox"/>			

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
---	--	---	--

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT		Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Total <input type="checkbox"/>	
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>		84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>		85. 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. <input type="checkbox"/>	
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>		87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>		88. 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 dos padres. <input type="checkbox"/>	
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 <input type="checkbox"/>		90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>		91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. <input type="checkbox"/>	
				Total Anexos <input type="checkbox"/>	

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio <input type="checkbox"/> Código del departamento <input type="checkbox"/>		93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	
--	--	------------------------------	--

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO		97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO	
--	--	---------------------------	--	--	--	--	--

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

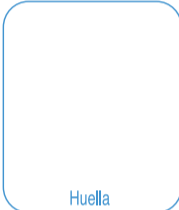
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, _____ identificado (a) con	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.E.	P.T.	
número _____ de _____, certifico que:									
1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							
2 ¿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?	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____						
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

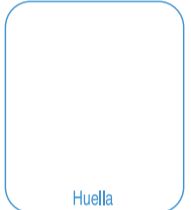
Cordialmente,

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha de Solicitud: _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A., .

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ NO
			\$				
Nivel de Escolaridad	Ninguno <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Normalista <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>	
	Preescolar <input type="checkbox"/>	Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Técnica Profesional <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	Último Grado <input type="checkbox"/>	Inicio Contrato	
	Básico Primaria <input type="checkbox"/>	Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Tecnológica <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Aprobado _____ <input type="checkbox"/>	Fin Contrato	
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.							
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR AVANTE GESTIÓN EMPRESARIAL SAS	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
---	--------------------------	-------------------	----------------