FORMATO ÚNICO

# HOJADEVIDA

PersonaNatural

(Leyes190de1995,489 y443de1998)

ENTIDADRECEPTORA

## 1 DATOSPERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| RESTREPO | HERNANDEZ | IANA CAROLINA |

| DOCUMENTODEIDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No.43.160.976 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHAYLUGARDE NACIMIENTO | | DIRECCIÓNDECORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 30 MES 08 AÑO 1979 | CALLE 65A 10 81 SULTANA | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CALDAS |
| DEPTO | CALDAS | MUNICIPIO | MANIZALES | | |
| MUNICIPIO | MANIZALES | TELÉFONO | 3104085792 | EMAIL | ianacarolinarh30@gmail.com |

## 2 FORMACIÓNACADÉMICA

***EDUCACIÓNBÁSICAYMEDIA***

MARQUECONUNA XELÚLTIMOGRADOAPROBADO (LOS GRADOSDE1o.A 6o.DEBACHILLERATOEQUIVALENALOS GRADOS 6o.A11o.DEEDUCACIÓNBÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓNBÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULOOBTENIDO | BASICASECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHADE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° X | MES | 12 | AÑO | 1995 |

***EDUCACIÓNSUPERIOR(PREGRADOYPOSTGRADO)***

DILIGENCIEESTEPUNTOENESTRICTOORDENCRONOLÓGICO,ENMODALIDADACADÉMICAESCRIBA:

**TC**(TÉCNICA) **TL**(TECNOLÓGICA) **TE**(TECNÓLOGICAESPECIALIZADA) **UN**(UNIVERSITARIA)

**ES**(ESPECIALIZACIÓN) **MG**(MAESTRÍAOMAGISTER) **DOC**(DOCTORADOOPHD)

RELACIONEALFRENTEELNÚMERODELATARJETAPROFESIONAL(SIÉSTAHASIDOPREVISTAENUNALEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No.SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBREDELOSESTUDIOSOTÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No.DETARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| TECNICA | 4 | X | | ATENCION INTEGRAL AL PREESCOLAR | 12 | 2000 | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUELOSIDIOMASDIFERENTESALESPAÑOLQUE:HABLA,LEE,ESCRIBEDEFORMA,REGULAR(**R**),BIEN(**B**)OMUYBIEN(**MB**)

| IDIOMA | LOHABLA | | | LOLEE | | | LOESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJADEVIDA

PersonaNatural

(Leyes190de1995,489 y443de1998)

**3 EXPERIENCIALABORAL**

RELACIONESUEXPERIENCIALABORALODEPRESTACIÓNDESERVICIOSENESTRICTOORDENCRONOLÓGICOCOMENZANDOPORELACTUAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPLEOOCONTRATOANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESAOENTIDAD*<br>CONCEJO DE MANIZALES | | | *PÚBLICA*<br>*X* | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*contratos@concejodemanizales.gov.co* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3146791985 | *FECHADEINGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2026 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2026 |
| *CARGOOCONTRATOACTUAL*<br>PRESTACION DE SERVICIOS | *DEPENDENCIA*<br>*APOYO A LA GESTION* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 21 29 - 29 PISO 5 MANIZALES | | | | | |
| EMPLEOOCONTRATOANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>JARDIN INFANTIL JUAN JACOBO ROUSSEAU | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*jardinjuanjacoborousseau@gmail.com* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3104472601 | *FECHADEINGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2025 |
| *CARGOOCONTRATOACTUAL*<br>DOCENTE DE AULA | *DEPENDENCIA*<br>PREESCOLAR | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 67 11 – 04 MANIZALES | | | | | |
| EMPLEOOCONTRATOANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COLEGIATURA DEL CAFE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*colegiaturadelcafe@gmail.com* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>606 8853723 | *FECHADEINGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 06 | *Año* 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2020 |
| *CARGOOCONTRATOACTUAL*<br>DOCENTE | *DEPENDENCIA*<br>GESTION DE LA PRIMERA INFANCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 51 21 –27 MANIZALES | | | | | |
| EMPLEOOCONTRATOANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESAOENTIDAD*<br>JARDIN INFANTIL EXPLORADORES | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*j.exploradores@yahoo.com* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>606 8863957 | *FECHADEINGRESO* | | | | | *FECHADERETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* 2006 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DOCENTE | *DEPENDENCIA*<br>*NIVEL DE CAMINADORES* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 54 23 - 51 MANIZALES | | | | | |
| EMPLEOOCONTRATOANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>JARDIN INFANTIL HUELLAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>*CALDAS* | *MUNICIPIO*<br>MANIZALES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*j.i.huellas@gmail.com* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>606 8872457 – 3137371298 | *FECHADEINGRESO* | | | | | *FECHADERETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* 2002 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2005 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>DOCENTE | *DEPENDENCIA*<br>*NIVEL DE CAMINADORES* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 30 83 – 51 AV ALBERTO MENDOZA | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJADEVIDA

PersonaNatural

(Leyes190de1995,489 y443de1998)

## 4 EXPERIENCIALABORALDOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | *CORREOELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHADEINGRESO* | | | | | | *FECHADERETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREADECONOCIMIENTO* | *NIVELEDUCATIVO* | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

## 5 TIEMPOTOTALDEEXPERIENCIA

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

| | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 20 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | 5 |
| **TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA** | 20 | 5 |

FORMATO ÚNICO

# HOJADEVIDA

Persona Natural

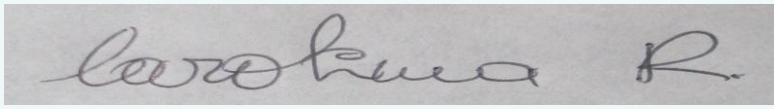
(Leyes190de1995,489 y443de1998)

**6** **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* *Manizales, Octubre16 de 2026*



**7** **OBSERVACIONESDELJEFEDERECURSOSHUMANOSY/OCONTRATOS**

CERTIFICOQUELA INFORMACIÓNAQUÍSUMINISTRADAHASIDOCONSTATADAFRENTEALOSDOCUMENTOSQUEHANSIDOPRESENTADOSCOMOSOPORTE.

*Ciudadyfecha*

*NOMBREYFIRMADELJEFEDEPERSONALODECONTRATOS*

Departamento Administrativo de la Función Pública

**FORMULARIO ÚNICO DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**
**PERSONANATURAL**
(LEY190DE1995)

**ENTIDAD RECEPTORA**

## I.DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E.2 [ ] OTRO3 [ ] No.43.160.976 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: MANIZALES

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| CALLE 65ª 10 – 81 BARRIO LA SULTANA | 3104085792 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|
| MANIZALES | CALDAS | COLOMBIA |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| SUSANA BOTERO RESTREPO | 1.054.874.285 | HIJA |
| SERGIO BOTERO RESTREPO | 1.056.140.104 | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMARPOSESIÓN** [ ] **,PARA RETIRARME** [X] **PARAACTUALIZACIÓN** [ ] **, PARAMODIFICAR** [ ] **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 |
|---|---|
| 780 SALARIOSYDEMÁSINGRESOSLABORALESCESANT | |
| ÍAS E INTERESES | |
| DECESANTÍASGASTOSDEREPRESENTACIÓNARRIEN | |
| DOS | $730.000 |
| HONORARIOS | |
| OTROSINGRESOSYRENTAS | |
| **TOTAL** | |

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

| ENTIDADFINANCIERA | TIPODECUENTA | NÚMERODELACUENTA | SEDEDELACUENTA | SALDODELACUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 070 – 966362 - 31 | MANIZALES | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c)

| TIPODEBIEN | IDENTIFICACIÓNDELBIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)**

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

| | | |
|---|---|---|
| CLAUDIA MARCELA IDARRAGA | ARRIENDO | $780.000 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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:

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

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

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

c) En la actualidad: SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

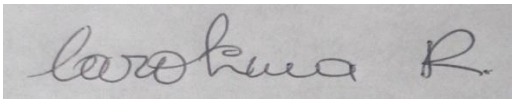
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE** | **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** | **Nº** |
|---|---|---|
| **JORGE HERNAN BOTERO JIMENEZ** | C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] | **75.069.207** |

**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:

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

**3.FIRMA**



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Manizales,16 de Octubre del 2026

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.160.976**

**RESTREPO HERNANDEZ**

APELLIDOS

**IANA CAROLINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1979**

**MANIZALES**
**(CALDAS)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**02-OCT-1997 ITAGUI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00152478-F-0043160976-20090312 0010309127A 1 30679176

**Código de verificación**
**38928161016**

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 43.160.976 |
| Fecha de Expedición: | 2 DE OCTUBRE DE 1997 |
| Lugar de Expedición: | ITAGUI - ANTIOQUIA |
| A nombre de: | IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 15 de Noviembre de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 16 de octubre de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

# Certificación Bancaria

Martes, 13 de enero de 2026

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ** identificado(a) con CC. **43160976** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorro | 070-966362-31 | 2026/01/13 | Activa |

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141229112887

(415)7707212489984(8020) 000014122911288 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 3 1 6 0 9 7 6 | 5 | Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 3 1 6 0 9 7 6 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Itagui 3 6 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RESTREPO | HERNANDEZ | IANA | CAROLINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 65 A 10 81 BRR LA SULTANA

42. Correo electrónico: carorestrepo952@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 4 0 8 5 7 9 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 1 1 0 | 2 0 2 6 0 1 1 4 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROBLES TORRES ROBERTO ANTONIO

985. Cargo Analista V

Fecha generación documento PDF: 14-01-2026 09:31:11AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

y en su nombre el

# Liceo "Cristo Rey"

Medellín

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional Según Resolución No. 20310 del 13 de Noviembre de 1980 y la Resolución N° 008965 del 21 de Junio de 1994 de la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Antioquia

Confiere a:

## Lana Carolina Restrepo Hernandez

Identificado con TI No. 790830-12213 de Envigado

El título de

## Bachiller en Ciencias Naturales

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

El Rector (a) | El Secretaria (a)

Inscrito en: Acta General de Grado N° 01 Folio 114-43

Expedido en Medellín, a los 7 días del mes de Dbre de 1995

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
DEPARTAMENTO DE CALDAS
CENTRO AUXILIAR DE SERVICIOS DOCENTES



Programa de atención al preescolaR

# ACTA DE GRADO

*En la ciudad de Manizales el día primero (1°) de diciembre del año dos mil (2000) se llevó a cabo el ACTO DE GRADUACION de los Programas de Extensión a la Comunidad en Educación No Formal del Centro Auxiliar de Servicios Docentes de la ciudad de Manizales, presidido por la Directora del C.A.S.D. Magistra Julieta Mejía Mejía, con el fin de otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL en ATENCIÓN INTEGRAL AL PREESCOLAR a: IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ, identificada con cédula de ciudadanía N° 43'160.976 de Itagui, quien cumplió con los requisitos legales, estatutarios, reglamentarios y académicos del C.A.S.D.*

*En fe de lo anterior, se firma la presente ACTA DE GRADO, en la ciudad de Manizales el día primero (1°) del mes de diciembre del año dos mil (2000).*

Directora C.A.S.D.

Promotora Extensión a la Comunidad

Coordinadora de Area

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ identificado(a) con CC 43160976 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2017**

**Estado de la Afiliación:** **Vigente**

**IPS:** **VIVA 1A IPS SA MANIZALES LAURELES PGP**

**Categoría:** **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes 10 del año 2026.

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,

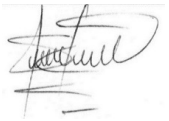


**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43160976,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de enero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HUELLAS

Jardín Infantil

Salacuna - Caminadores - Párvulos
Prejardín - Jardín

Manizales Diciembre de 2.005

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Según Resolución N° 1439

Yo Clara Isabel Zuluaga G, identificada con cédula de ciudadanía número 41.704.406 de Bogota y en calidad de representante legal del Jardín Infantil y Centro de Estimulación, certifico que Carolina Restrepo Hernández, laboro en esta institución durante cuatro años, dando grandes muestras de responsabilidad y cumplimiento en el cargo asignado, profesora del nivel de caminadores.

Atentamente.

Clara Isabel Zuluaga G.
Directora.

"El arte de Explorar y aprender para siempre"
Resolución 03203 de octubre 07 de 2003

JARDIN INFANTIL
EXPLORADORES
MANIZALES

## HACEMOS CONSTAR

Que **IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 43.160.976 de Itagui, laboró en nuestra nuestra institución desde mayo de 2006 hasta noviembre de 2017 como docente auxiliar del nivel de caminadores.

Que sus contratos son a término fijo de enero a noviembre de cada año laborado.

Para constancia se firma en Manizales, a los veintitres (23) días del mes de octubre de 2018.

JARDIN INFANTIL
EXPLORADORES

JARDIN INFANTIL EXPLORADORES
Directora

**JARDIN INFANTIL**
**JUAN JACOBO ROUSSEAU**
**Su Hogar Fuera de Casa**
**Resolución # 1408 de septiembre 16 de 2009**
**CODIGO DANE: 317001005751**

**LA DIRECTORA DEL JARDIN INFANTIL JUAN JACOBO ROUSSEAU**

**CERTIFICA:**

Que la señora **IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **43.160.976**, laboró en esta institución desde el 01 de febrero del año 2022 hasta el 30 de noviembre del año 2025, como docente de Salacuna y Caminadores; destacándose por su gran sentido de responsabilidad, sentido de pertenencia, idoneidad y buena conducta.

Para constancia se firma en Manizales, a los trece días (13) del mes de enero de 2026.

La anterior se expide a solicitud verbal de la interesada, con el fin de anexar a documentación.

Cordialmente,

Jardín Infantil JUAN JACOBO ROUSSEAU

.....

**ANA MEDALITH DAZA DE LÓPEZ**

**DIRECTORA**

**C.C. 30.276.690 de Manizales**

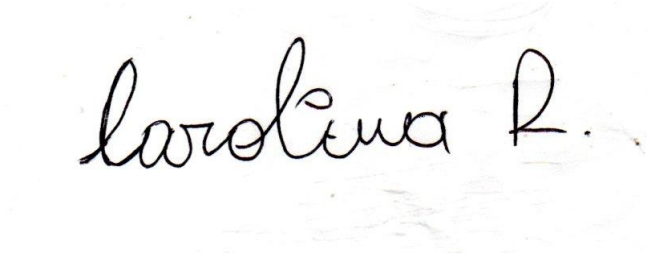
**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Dado en el Municipio de Manizales a los quince días del mes de octubre de 2026.



_____

**IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ**
**C.C. 43160976 ITAGUI**

| Concejo de Manizales | **CONCEJO DE MANIZALES** |
|---|---|
| | **TRATAMIENTO INFORMACIÓN GRUPOS DE INTERES – LEY HABEAS DATA** |

Fecha: 15/10/2026

[X] Contratista Prestador de Servicios Personales (Si es persona jurídica anexar documento que acredite la calidad de representante)

[ ] Proveedor (Si es persona jurídica anexar documento que acredite la calidad de representante)

[ ] Funcionario

[ ] Estudiante

[ ] Ciudadano

Yo, IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ, identificado(a)con la cédula de ciudadanía No. 43160976 expedida en ITAGUI (ANTIOQUIA), en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, "Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", por medio de la presente

[X] AUTORIZO [ ] NO AUTORIZO

al CONCEJO DE MANIZALES para que recolecte, almacene, use, transfiera, suprima o inactive mi información personal, financiera y legal existente en su base de datos, con la finalidad de cumplir con el objeto misional de la Corporación, mediante procesos de contratación de personal, selección y evaluación de proveedores, contratación para la adquisición de bienes y/o servicios, la realización de pagos a terceros, convocatorias públicas o cualquier actividad administrativa que sea requerida.

Igualmente, el suscrito firmante, declara que conoce y acepta la política de tratamiento de datos personales adoptada por el Concejo de Manizales.

IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ — NOMBRE

_____ — FIRMA

43160976 — T.I [ ] C.C. [X]

_____ — Teléfono Fijo

3104085792 — Teléfono Celular

ianacarolinarh30@gmail.com — Correo Electrónico

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 15 de octubre de 2026, a las 16:14:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 43160976 |
| Código de Verificación | 43160976261015161420 |

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.

**LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO**
**Contralor Delegado**

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304860928

PIB
16:20:18


Bogotá DC, 15 de octubre del 2026

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) IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 43160976:

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 Politica 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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento 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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 04:05:26 PM horas del 15/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **43160976**
Apellidos y Nombres: **RESTREPO HERNANDEZ IANA CAROLINA**

**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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 16/10/2026 10:16:04 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **43160976** y Nombre: **IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ.**

## 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. **149689670** . 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

**Policía Nacional de Colombia**
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

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 43160976 **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 15/10/2026 10:51 AM

Código Verificación: **ZVBT8SDR6F**

Válida hasta: **15/01/2027**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

30553831

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**No.Radicación: 703092**

FECHA DE RADICACIÓN: 15 / 10 / 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A157

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RESTREPO | SEGUNDO APELLIDO: HERNANDEZ | PRIMER NOMBRE: IANA | SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T. — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 43160976
11. SEXO BIOLÓGICO: X (M)
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X (F) M T NB Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CALDAS | MUNICIPIO: MANIZALES
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 30 | MES: 08 | AÑO: 1979

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 65A 10 81 BARRIO LA SULTANA
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3104085792
CORREO ELECTRÓNICO: ianacarolinarh30@gmail.com
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO/ DISTRITO: MANIZALES
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 98736

## 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 DE 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 — Cual?
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 F | 39. SEXO M | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN F | M | T | NB | Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 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 | | | | | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 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 [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE 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 — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 15 | MES 10 | AÑO 2026
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 mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
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 [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito 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. [X]
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). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

## 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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Carolina R.

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: | | | | | | | | | | | |

Total:

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
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. [ ]
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 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
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. [ ]

Total Anexos:

## 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: | Código del departamento:
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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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, IANA CAROLINA RESTREPO HERNANDEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 43160976 de MANIZALES, 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☐ No☐ |
| 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☐ No☐ |
| 3 | ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | SÍ☐ No☐ |
| 4 | ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | SÍ☐ No☐ |
| 5 | ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? | SÍ☐ No☐ |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3104085792

y/o correo electrónico: ianacarolinarh30@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

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 SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Carolina R.

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 43160976

Fecha de Solicitud: 15/10/2026

Dirección: CL 65A 10 81 BARRIO LA SULTANA

Tel: 3104085792 Municipio: MANIZALES

Departamento: CALDAS

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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. .

## 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.

## 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.
• 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.co

**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 trasferencia, trasmisión 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.

**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 | | PRODUCTOR AGROPECUARIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SÍ | | SÍ | |
| INDEPENDIENTE | POSITIVA | COLPENSIONES | $1750905 | NO | X | NO | X |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ninguno | ☐ | Secundaria | ☐ | Normalista | ☐ | Profesional | ☐ | Doctorado | ☐ |
| Preescolar | ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) | ☐ | Técnica Profesional | X | Especialización | ☐ | Último Grado | |
| Básico Primaria | ☐ | Media técnica (bachillerato básico) | ☐ | Tecnológica | ☐ | Maestría | ☐ | Aprobado | _____ |

| Posición Ocupacional | Patrón/Empleador | ☐ | Contratista | X | Trabaja por su Cuenta | ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Inicio Contrato | 15/10/2026 | | 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 | C.C. | C.E. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | P.A. | T.I. | C.D. | | |

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA | |
|---|---|---|---|
| Cesar Hernán Rodríguez Hernández | A157 | | CIUDAD Y FECHA |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.160.976**

**RESTREPO HERNANDEZ**

APELLIDOS

**IANA CAROLINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1979**

**MANIZALES**
**(CALDAS)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**02-OCT-1997 ITAGUI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00152478-F-0043160976-20090312 **00103**09127A 1 30679176