



Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Hernandez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Villalobos		NOMBRES Diego Raul	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1121890717		GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 10 MES 07 AÑO 1992		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 16 N 8 28 CASA			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO AMAZONAS	
DEPTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA		MUNICIPIO LETICIA	
MUNICIPIO LETICIA		TELÉFONO 3112859451		EMAIL diegoraulhernandez34@gmail.com	

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2012	

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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

4

IDIOMAS

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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

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 ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 59254874			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 59254874			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	02	Año	2024	Día	04	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	05	Año	2023	Día	26	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	01	Año	2023	Día	05	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 - 10 47						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	01	Año	2023	Día	05	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	07	Año	2022	Día	30	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO			DEPENDENCIA SECRETARIA DE PLANEACION					DIRECCIÓN CALLE 10 - 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	01	Año	2022	Día	06	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO			DEPENDENCIA APOYO SECRETARIA DE PLANEACION					DIRECCIÓN CALLE 10 - 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	07	Año	2021	Día	30	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PLANEACION					DIRECCIÓN CALLE 10 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	01	Año	2021	Día	08	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 47						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	08	Mes	01	Año	2021	Día	07	Mes	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 47				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5928064			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	10	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 47				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	13	Mes	01	Año	2020	Día	30	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 87				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	10	Mes	01	Año	2019	Día	30	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 87				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5928065			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	15	Mes	08	Año	2018	Día	23	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 47				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928065			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	25	Mes	01	Año	2018	Día	25	Mes	07	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA					DIRECCIÓN CALLE 10 N 10 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL CDI LETICIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	10	Año	2014	Día	05	Mes	06	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO INTEGRIDAD CIUDADANA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	08	Año	2014	Día	27	Mes	02	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

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						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	7	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

LETICIA-AMAZONAS 01-04-2025

HIZONANDEL 01900

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

Nombres

Nacionalidad

Estatura

Sexo

COL

1.70

M

Fecha de nacimiento

65

10 JUL 1992

 O_+

Lugar de nacimiento

VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición

28 JUL 2010, VILLAVICENCIO

Figura

HERNANDEZ DE GODO

Fecha de exorcación

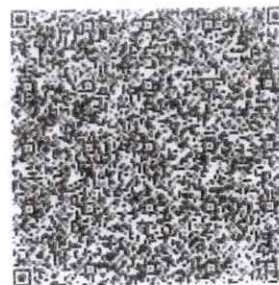
25 JUL 2034

50

051243885



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL051243885052001<<<<<<<<<
9207101M3407253COL1121890717<5
HERNANDEZ<VILLALOBOS<<DIEGO<RA

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1121890717, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DIEGO
Segundo Nombre:	RAUL
Primer Apellido:	HERNANDEZ
Segundo Apellido:	VILLALOBOS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1121890717
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Enero de 2025, a las 8:08:35 AM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104*-64 (601) 4261420 Bogotá D.C.- Colombia





Libertad y Orden

La República de Colombia El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la:



Institución Educativa Carlos Mauro Hoyos

de Calamar - Guaviare

Aprobada mediante el decreto N° 0143 de Febrero de 2007
emanada por la Secretaría de Educación Departamental del Guaviare
confiere a:

Hernandez Villalobos Diego Raul

C.C. N° 1.121.890.717 de Villavicencio - Meta

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación de
adultos descolarizados mediante la Resolución N° 0637 emanada por
la Secretaría de Educación Departamental.

Dada en Calamar, Guaviare a los siete (07) días del mes de Diciembre de 2011

Acta General de Graduación N° 013

Libro de Registro N° 001

FREDY HERNÁN POSADA VILLAKUEVA
C.C. N° 79.131.291 de Bogotá
Rector

BLANCA NIREYA ROMERO PEREZ
C.C. N° 41.240.136 de Calamar
Secretaria



ALCALDÍA DE LETICIA-AMAZONAS
NIT: 899999302-9
OFICINA ASESORA JURÍDICA

EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA MUNICIPAL

CERTIFICA:

Que revisados los archivos de la Alcaldía de Leticia se encontró que, **DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS**, identificado con la cédula de ciudadanía No.1,121,890,717, celebró con la Entidad el contrato de Prestación de Servicios que se describe a continuación:

No. CON-TRATO	FECHA DE INICIO	OBJETO CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN
174-2024	21/02/2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA QUE CONFORMA LA CUADRILLA DE TRABAJO NUMERO 2 PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CONSTRUCCION; RECUPERACION Y MANTENIMIENTO DE LA MALLA VIAL DE LA CIUDAD DE LETICIA - DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS.	\$ 9.001.614	165 DIAS
614-2024	18-09-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA QUE CONFORMA LA CUADRILLA DE TRABAJO NUMERO 2 PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CONSTRUCCION; RECUPERACION Y MANTENIMIENTO DE LA MALLA VIAL DE LA CIUDAD DE LETICIA - DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS.	\$ 5.619.189	3 MESES Y 13 DIAS

El presente certificado se expide a solicitud del interesado.

Leticia, 8 de enero de 2025.

ANDRÉS FELIPE CORREA ESPEJO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica Municipal

Elaboro: Sandra Liliana Carvajal Dasilva

Calle 10 No 10-47 – Código Postal: 91001

Pagina web: www.leticia-amazonas.gov.co,

Correo Electrónico: contactenos@leticia-amazonas.gov.co * juridica@leticia-amazonas.gov.co

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 02 de enero de 2025, a las 08:07:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121890717
Código de Verificación	1121890717250102080707

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 260593300**



PIB

08:06:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de enero 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) DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121890717:

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 ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:07:20 AM horas del 02/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1121890717**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ VILLALOBOS DIEGO RAUL**

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



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, 02/01/2025 08:07:42 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1121890717**.

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. **107405937**. 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 Búsqueda

Imprimir



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

515 9000



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 08:08:11 horas del 02/01/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121890717**, Apellidos y Nombres **HERNANDEZ VILLALOBOS DIEGO RAUL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE LETICIA AMAZONAS**, con NIT **899999302-9** 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.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

🕒 **Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
📍 **Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
☎ **Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
✉ **Correo:** dijin_arac-atc@policia.gov.co
🌐 **Web:** www.policia.gov.co/dijin
📷 **Instagram:** [/dijinpolicia](https://www.instagram.com/dijinpolicia)
🐦 **Twitter:** [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Colombia compra eficiente

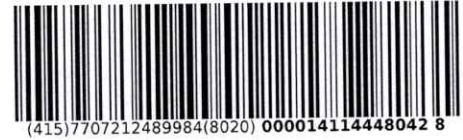


GOV.CO

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141144480428



(415)7707212489984(8020) 0000141144480428

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 1 8 9 0 7 1 7

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Leticia

14. Buzón electrónico

3 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 1 2 1 8 9 0 7 1 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

VILLALOBOS

33. Primer nombre

DIEGO

34. Otros nombres

RAUL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Amazonas

9 1

40. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 A 3 40 BRR PORVENIR

42. Correo electrónico

villalobosnandez92@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 8 5 9 4 5 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 1 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 1 1 1 9

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 1 1 1 9

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios: 0

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 MENDEZ FORERO KATHERINE AURORA

985. Cargo Analista II

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1121890717	DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS		TABATINGA	5920000	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			AMAZONAS	LETICIA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	24/12/2024	82877634	\$370.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	370.500

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121890717	DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS		TABATINGA	5920000	tij.net@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			AMAZONAS	LETICIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	I	24/12/2024	82877634	\$370.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Beneficiario	Excepciones	Calidad	Relación	Reservado	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
CC	1121890717	HERNANDEZ VILLALOBOS DIEGO RAUL		3	0					N	X												230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EP5037	1.300.000	182.500		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

**Información básica de la planilla**

Empresa: DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 82877634
Fecha de vencimiento: 08/01/2025
Fecha de Pago: 24/12/2024

NIT: 1121890717
Periodo liquidación Pensiones: diciembre 2024
Periodo liquidación Salud: diciembre 2024
Total a pagar: \$370,500
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 2

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Banco: BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
Número Autorización: 1150236367

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$208,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		\$0	\$162,500
						\$370,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

* 01B 9543918 *

FECHA DE RADICACIÓN
05 JUN 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN																			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)																			
3. APELLIDOS Y NOMBRES																			
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE				
HERNANDEZ					VILLALBA					DIEGO					RAUL				
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD																			
C.N.					M.S.					R.C.					T.I.				
C.E.					S.C.					C.D.					A.S.				
P.T.					10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					11. SEXO BIOLÓGICO					12. SEXO IDENTIFICACIÓN				
					1222 890 717					F					F				
15. FECHA NACIMIENTO																			
10 07 1992																			

13. NACIONALIDAD COLOMBIANA		14. LUGAR DE NACIMIENTO COTACORA		15. TIENE ENCUESTA SIBSEN SI ☐ NO ☐		16. ETNIA		17. COMUNIDAD INDIGENA		18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☐		19. TIENE ENCUESTA SIBSEN SI ☐ NO ☐		20. CLASIFICACIÓN SIBSEN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL POSITIVA									
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																											
23. AFP PORVENIR		24. IBC 151.223		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA CRA 7 CALLES 3-40		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO AMAZONAS		CORREO ELECTRÓNICO villalobosnandez92@gmail.com		TELÉFONO CELULAR 3112859451		TELÉFONO FIJO		ZONA CARECERA		CENTRO POBLADO ☐		RURAL DISPERSO ☐		RESTO RURAL ☐		IPS	

MUNICIPIO/DISTRITO LEONIA			LOCALIDAD/COMUNIDAD Urbano			MOTIVO DE LA SOLICITUD NUEVO					
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			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
PRIMER APELLIDO											
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO			31. SEXO IDENTIFICACIÓN		
T.I. C.C. C.E.						F. M. O.			F. M. O. N. S. O. T. O. R. O.		
PRIMER APELLIDO									Cual?		
28. TIPO DOCUMENTO			29. NÚ								

[illegible][illegible]

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

59. Ubicación	DIRECCIÓN	TELÉFONO	50. CATEGORÍA
B. REPORTE DE NOVEDADES			
60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	☐
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	☐	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	☐	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:	☐	14. MOVILIDAD	☐
6. RETIRO DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:	☐	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 PENSIONADO	☐
		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	☐
		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
		21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐

6. REPORTE		7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		A) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD											
61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
62. SEXO BIOLÓGICO			63. SEXO IDENTIFICACIÓN			F			M		
64. SEXO IDENTIFICACIÓN			Cual?			F			M		
65. EPS			66. FECHA DE NOVEDAD			DÍA			MES		
67. MOTIVO DE TRASLADO			Código			68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES					

[illegible]

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 NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
	NÚMERO DOCUMENTO		

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I. C.C. I.G.E. S.C. A.T.	DE IDENTIDAD
IX. FIRMAS		81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o...
HERNANDEZ 1960 80. El titular, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		

80. El cotizante, cabeza de familia

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ MS ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ CE ☐ SC ☐ PA ☐ CD ☐ AS ☐ PT

Cantidad: ☐ Total: ☐ 1

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 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. Censal del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

nueva eps

RECIBIDO

gente cuidando Total anexos

OF. LEY

91. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RECTORAS

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.

RECIBIDO
11:47
5/02/2019

94. APELLIDOS Y NOMBRES				95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN		DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN		DÍA	MES	AÑO
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	CE	SC												
	CG	RT													

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente



* 01B 19543918 *

NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA ☐	5. TIPO DE AFILIADO ☒	A. Cotizante ☒	C. Beneficiario ☐	6. TIPO DE COTIZANTE	A. Dependiente ☐
SI ☐	NO ☐	B. Cabeza de familia ☐	D. Afiliado adicional ☐	B. Independiente ☒	C. Pensionado ☐
					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		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. SEXO BIOLÓGICO		12. SEXO IDENTIFICACIÓN		13. FECHA NACIMIENTO	
TI CC CE		2 777 890 717		F		F X T NB Otro		98 08 1977	
13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		15. FECHA NACIMIENTO		16. TIPO DE NACIMIENTO		17. TIPO DE NACIMIENTO	
COLOMBIANA		COLOMBIA		98 08 1977		METRO		METRO	
18. DISCAPACIDAD		19. TIENE ENCUESTA SISBEN		20. CLASIFICACIÓN SISBEN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL	
SI ☐		SI ☐		SI ☐		SI ☐		SI ☐	
23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		27. DIRECCIÓN	
PORVENIR		51.781.773				C/22/COH-5-40			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO	
		3112959451		Villalobos0001292027		AMAZONAS		LEONIA	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO		31. SEXO IDENTIFICACIÓN		32. FECHA NACIMIENTO	
TI CC CE				F		F M T NB Otro		01 01 1977	
33. NACIONALIDAD		34. LUGAR DE NACIMIENTO		35. FECHA NACIMIENTO		36. TIPO DE NACIMIENTO		37. TIPO DE NACIMIENTO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		27. DIRECCIÓN	
PORVENIR		51.781.773				C/22/COH-5-40			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO	
		3112959451		Villalobos0001292027		AMAZONAS		LEONIA	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO		31. SEXO IDENTIFICACIÓN		32. FECHA NACIMIENTO	
TI CC CE				F		F M T NB Otro		01 01 1977	
33. NACIONALIDAD		34. LUGAR DE NACIMIENTO		35. FECHA NACIMIENTO		36. TIPO DE NACIMIENTO		37. TIPO DE NACIMIENTO	

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	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
43. PARENTESCO		44. ETNIA		45. COMUNIDAD		46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISBEN		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE	
B1								SI ☐		NIVEL GRUPO		SI ☐		SI ☐	
B2								SI ☐		NIVEL GRUPO		SI ☐		SI ☐	
B3								SI ☐		NIVEL GRUPO		SI ☐		SI ☐	
B4								SI ☐		NIVEL GRUPO		SI ☐		SI ☐	
B5								SI ☐		NIVEL GRUPO		SI ☐		SI ☐	
51. Datos de residencia		52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL		53. DIRECCIÓN		54. LOCALIDAD/COMUNA		55. CORREO ELECTRÓNICO		56. IPS		57. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)		58. TIPO DE APORTANTE O PAGADOR DE PENSIONES (A REGISTRAR POR LA EPS)	
B1				16											
B2															
B3															
B4															
B5															

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación		60. DIRECCIÓN		61. TELÉFONO FIJO O CELULAR		62. CORREO ELECTRÓNICO	
63. DEPARTAMENTO		64. MUNICIPIO/DISTRITO		65. ZONA		66. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD		61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		62. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		A) MISMO RÉGIMEN	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:		14. MOVILIDAD		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				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	
62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		64. SEXO BIOLÓGICO		65. SEXO IDENTIFICACIÓN		66. FECHA NACIMIENTO	
TI CC CE				F		F M T NB Otro		01 01 1977	
67. FECHA NACIMIENTO		68. EPS ANTERIOR		69. FECHA DE NOVEDAD		70. MOTIVO DE TRASLADO		71. CÓDIGO	
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO		Código			
72. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES		73. MOTIVO DE TRASLADO		74. CÓDIGO		75. TIPO DE APORTANTE O PAGADOR DE PENSIONES		76. TIPO DE APORTANTE 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.		☐	
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. Autorización 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. Autorización para que la EPS me contacte con fines meramente 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 Sisben 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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
TI CC CE			

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	

82. Anexo copia del documento de identidad:		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT		Total	
Cantidad:				1	
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					

IX. 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	

94. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN		97. FECHA DE VALIDACIÓN	
TI CC CE						DÍA MES AÑO		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.

- 2a COPIA: AFILIADO -

el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento no el indicativo serial.

38. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC reporte la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registre la nacionalidad contenida en el documento de identidad debe responder a los códigos ubicados en la Resolución número 974 del 2022 capítulo II tabla 11.

39. Sexo biológico o de nacimiento
Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación
Marque con una X, la opción: F “Femenino” o M “Masculino” o T “Transexual” o NB “No Binario”, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. mCuando se marque con una X la opción “otro”, se debe diligenciar en el espacio “cual” el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento:
Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción parentesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción parentesco
Beneficiario	Sobrina (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependan económicamente del cotizante y se encuentran hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no están pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrina (a), hijo del sobriño (a), hermano (a) del abuelo (a).	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplen los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplen los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia
Registre el código que aparece en el numeral 12 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

45. Comunidad:
Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo “16 – Etnia” se reporte el código “01 – Indígena”, caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial:
Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN:
Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN:
Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente, registre el código de la tabla ubicada en el numeral 14 de este instructivo.

50. Incapacidad permanente:
Marque con una “X” si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Departamento
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Teléfono (fijo y/o celular)
- Dirección

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS):
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así: - En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia - En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS:
La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado. Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.
Estos datos aplican a:

El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. - Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. - Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 “Tipo de Novedad”.

55. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Tipo de documento de identificaciones: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (Número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (Tarjeta de Identidad), PA (Pasaporte), CE (Cédula de extranjería), CD (Carné diplomático), PE (Permiso Especial de Permanencia), PT(Permiso de permiso temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

58. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Departamento
- Municipio/Distrito

En el caso de Bogotá D.C., Debe escribir como departamento Bogotá D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES
El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación. El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes cabezas de familia o beneficiarios mediante las suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identificación
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS.
6	Reporte de pago a través de un tercero
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Inscripción EPS retorno al país
12	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14	Movilidad
15	Traslado
16	Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia
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

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación.
Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

62. Sexo Biológico o de nacimiento:
Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

Sexo de identificación: Masculino, femenino, transexual o no binario.

O como parece en su documento de identidad.

63. Sexo identificación
Marque con una X, la opción: F “Femenino” o M “Masculino” o T “Transexual” o NB “No Binario” u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción “otro”, se debe diligenciar en el espacio “cual” el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior:
Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 16: Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia, la que figura en el certificado de defunción.

Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria.

Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria.

67. Motivo del traslado:
Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 15. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 15: “Traslado”.

68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones:
Este dato se registra únicamente en la novedad 17: “Reporte del trámite de protección al cesante” o en la novedad 19: “Reporte de la calidad de pensionado”. Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

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.

72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto número 1377 de 2013.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

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 SISBÉN vigente.

CAPÍTULO VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
Este capítulo debe ser reportado en caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia, se debe reportar la persona de su grupo familiar que quedará como cabeza de familia y responsable del pago de la Contribución Solidaria, registrando sus nombres y apellidos y el tipo y número de documento de identidad.

CAPÍTULO IX. FIRMAS
Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional, por el aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades.

También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio Con la firma contenida en el numeral 80 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario. .

CAPÍTULO X. ANEXOS
Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

82. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PT

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.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial y/o por las instituciones responsables de poblaciones especiales cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

92. Identificación de la entidad territorial:
Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

93. Nombre de la Institución:
Registre el nombre de la institución que está reportando la afiliación o el reporte de la novedad de la población especial a su cargo.

CAPÍTULO XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL
En este capítulo se debe diligenciar los datos del funcionario de la entidad territorial o de la Institución responsable de afiliación especial que valida la información reportada en el formulario

94. Apellidos y nombres:
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. – Primer apellido – Segundo apellido – Primer nombre – Segundo Nombre – Tipo de documento de identidad – Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario:
El funcionario de la Institución debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validaciones realizadas.

96. Fecha de radicación:
Corresponde a la fecha en la que el formulario fue entregado a la EPS.

97. Fecha de validación:
Registre la fecha en la que el funcionario consultó las bases de datos que corresponda y realizó las validaciones correspondientes.

Observaciones:
En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS identificado(a) con CC 1121890717 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/05/2024
Estado de la Afiliación:	RETIRADO
IPS:	FUNDACION CLINICA LETICIA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 13 días del mes de enero 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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.890.717**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS** identificado con CC No. **1121890717**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE LETICIA - NI. 899999302	Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 02/01/2025 Fecha fin de Contrato: 30/03/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012509590.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.

860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Para más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaCol

PositivaSeguros

**LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS**

www.positiva.gov.co

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-04P

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770



CERTIFICADO APTITUD LABORAL
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
SALUD OCUPACIONAL

Código: IT-01-SGC

Versión: 01
Vigencia: 30-09-2013

Página 1 de 3.

1. DATOS GENERALES

EPS: Nueva EPS FECHA DE ATENCION: 22/10/2024

☒ INGRESO ☐ EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ (Programado, Cambio de Ocupación) ☐ OTROS (Post incapacidad, Brigadista)

NOMBRE Y APELLIDOS: Diego Paul Hernandez c.c.: 1.221.890.717

CARGO: Operario DEPENDENCIA: Alcaldía de Leticia EXTENSIÓN: _____

2. EXÁMENES LABORATORIO PRACTICADOS

Observación	si	No	Normal	Anormal	Fecha	Resultado
Cuadro Hemático						
Perfil Lipídico						
Glicemia						
Coprológico						
Koh						
Frotis Faríngeo						
Serología						
Fsp						
otros						

2.1. OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A. Optometría Sí ☐ No ☒ Resultado Normal ☐ Patología de Refracción ☐ Inadecuadamente corregida ☐ Patología de Refracción ☐ Adecuadamente Corregida ☐ Patología de Refracción ☐ No corregida ☐	B. Espirometría Resultado Normal ☐ Patrón Obstructivo ☐ Patrón Restrictivo ☐ Patrón Mixto ☐	C. Audiometría Resultado Normal ☐ Hipoacusia Neurosensorial leve ☐ Hipoacusia Neurosensorial moderada ☐ Hipoacusia Neurosensorial Severa ☐ Hipoacusia Neurosensorial Profunda ☐ Hipoacusia Conductiva ☐ Hipoacusia Mixta ☐
---	---	--

3. CONCEPTO

3.1 INGRESO

Apto para el cargo ☐ SI ☒ NO ☐
Sin patología aparente ☐ Con patología que no limita la labor ☐
Apto con restricción: ☐ Motivo: _____
Aplazado: ☐ Motivo: _____
No cumple con requerimientos médicos para el cargo: ☐ Motivo: _____

**ACTIVIDADES
ESPECIALES**

SI ☒ NO ☐ Aplazado ☐ Apto para Trabajo en alturas
SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ Apto para Manipular alimentos

Motivo: _____

Motivo: _____

**3.2 PERIÓDICO – OTROS
(POST-INCAPACIDAD)**

Puede continuar con su labor: ☐ Se sugiere reubicación: ☐ Temporal
☐ Permanente
Se sugiere reasignación de tareas: ☐

**ACTIVIDADES
ESPECIALES**

SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ Apto para Trabajo en alturas
SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ Apto para Manipular alimentos

Motivo: _____

Motivo: _____

3.3 EGRESO

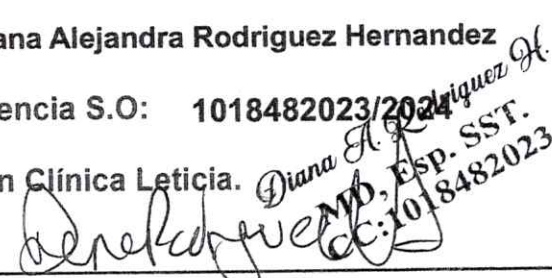
Retiro sin patología aparente ☐ Sospecha de enfermedad profesional
Retiro con patología para seguimiento en EPS ☐ En proceso de calificación de origen de enfermedad

	CERTIFICADO APTITUD LABORAL	Código: IT-01-SGC
	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 01 Vigencia: 30-09-2013
	SALUD OCUPACIONAL	Página 3 de 3.

4. RECOMENDACIONES GENERALES		
MÉDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
☐ Remisión a EPS ☐ Continuar manejo médico ☐ Seguimiento caso por ARP ☐ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____ _____	Uso de EPP Cuáles: _____ ☐ Ingreso a SVE: ☐ SIVIG-OTOM (carga física) ☐ SIVIG-OIR (ruido) ☐ PPPC-RB (riesgo biológico) ☐ Otro: _____	☐ Iniciar actividad física ☐ Dejar de fumar ☐ Reducir consumo de alcohol ☐ Control de peso ☐ Otro: _____

5. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Posición Ergonómica Higiene Postural Pausas Activas Oculares y Osteomuscular Uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad Esquema de Vacunación Anticovid Completo Otras Recomendaciones: <u>Realizar actividad física, Alimentación balanceada</u>

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

6. FIRMA	
MÉDICO	Nombre: Diana Alejandra Rodriguez Hernandez Registro y Licencia S.O: 1018482023/2024 IPS: Fundación Clínica Leticia. Firma y sello: 
TRABAJADOR	Firma: <u>HENRIQUEZ DÍAZ</u> C.C.: <u>1171890717</u>

7. OBSERVACIONES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
 _____ FIRMA ENCARGADO DEL SGSST

Certificación Bancaria

Lunes, 13 de enero de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **DIEGO RAUL HERNANDEZ VILLALOBOS** identificado(a) con CC. **1121890717** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	943-890040-19	2018/02/09	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.

BANCOLOMBIA S.A. Especie: L. B. C. 1000

31 LADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**