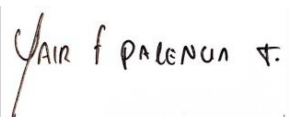
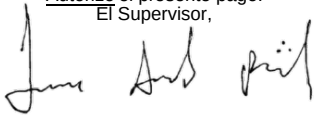


 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL NORTE DE SANTANDER CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER		Código Regional 54 Código Centro 953710 Fecha Elaboración 24 de Abril de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 22424-160537
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS Correo electrónico contratista: ypalencia@misena.edu.co		C.C. 92.543.537 IP/N° de contacto 3152160225
	Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ Es declarante de renta? ☐ SI ☒ Es Pensionado? ☐ NO		Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☐ NO ☒
Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒		Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 82059864935	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) ☐ NO ☒			
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato: 4657837/2023	N° Compromiso SIIF 49323		
Valor Total del Contrato \$ 16.387.320 Saldo Anterior del Contrato \$ 16.387.320 Nuevo Saldo del Contrato \$ 12.290.490	N ° Pago 1 Periodo objeto de pago Del 01/04/2023 Al 30/04/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO ENERGÍA ELÉCTRICA - ALTURAS EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALI			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 4.096.830 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.096.830 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.415.035	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00% Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS 0000000000	Abril \$ 1.638.732 Marzo \$ 0	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.415.035,00 Base retención en la fuente a título de ICA 3.629.730,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retencion IVA 0,00 15% Reteica - 8299 0,00 0,000% Estampilla Departamental 81.937,00 2,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$4.014.893,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL V \$ - Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ 1.024.207 Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466 Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466 Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200 Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Dependientes hasta \$ 1.357.184 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -	SON: CUATRO MILLONES CATORCE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO ACCIONES DE FPI DIRECTAS A FORMACION COMPLEMENTARIAS: 160 HORAS OTROS Total horas ejecutadas en el periodo:160 horas		
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.		 YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.		Autorizo el presente pago. El Supervisor,  JAVIER FERNANDO ARENALES BERNAL INSTRUCTOR G15	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO			
OLMAN GERARDO SUAREZ MORENO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)			



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92543537 realizó el día 24/04/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92543537 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CUCUTA, 26 de ABRIL de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1092541127	VALERIA PALENCIA CAMACHO	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS

C.C. 92.543.537

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1092541127

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53029333

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 3 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 9 1 80

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido PALENCIA

Segundo Apellido CAMACHO

Nombre(s) VALERIA

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 3 Mes A B R Día 0 6

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

0

Factor RH

NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11790847-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CAMACHO OCHOA DIANA ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 63536375 de BUCARAMANGA SANTANDER

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PALENCIA TRILLOS YAIR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 92543537 de SINCELEJO SUCRE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PALENCIA TRILLOS YAIR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 92543537 de SINCELEJO SUCRE

Firma

Yair F. Palencia T.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 3 Mes A B R Día 1 1

Nombre y firma del funcionario que otorga

MARIANA VILLAMIZAR VILLAMIZAR

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que otorga el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

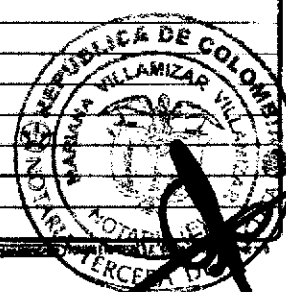
ESPACIO PARA NOTAS

14 JUL 2015

ESTE REGISTRO CIVIL NO

TIENE TERMINO DE VIGENCIA

Art. 2 Decreto 2189 de 1993



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA
CÍRCULO DE CUCUTÁ

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE
REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO
DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ART. 115 DEL
DECRETO 1260 DE 1970 ART. 1º DECRETO 278 DE 1972

(ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE)
LEY 962 DE 2.005

DADO EN SAN JOSE DE CUCUTÁ, A LOS

14 JUL 2015

MARIANA VILLAMIZAR VILLAMIZA
Notaria (E)

COPIA
DE
LA
FOTOCOPIA
DEL
ORIGINAL
QUE
REPOSA
EN
LOS
ARCHIVOS
DE
ESTA
NOTARIA
SE
EXPIDE
A
SOLICITUD
DEL
INTERESADO
PARA
DEMOSTRAR
PARENTESCO
DE
CONFORMIDAD
CON
LO
ESTABLECIDO
EN
LOS
ART. 115
DEL
DECRETO
1260
DE
1970
ART. 1º
DECRETO
278
DE
1972
(ESTE
REGISTRO
TIENE
VALIDEZ
PERMANENTE)
LEY 962
DE
2.005
DADO
EN
SAN
JOSE
DE
CUCUTÁ
A
LOS
14
JUL
2015
MARIANA
VILLAMIZAR
VILLAMIZA
Notaria (E)

San José de Cúcuta, 24 de ABRIL de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

- a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que si quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
- d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que si obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$50.831.000).
- e. Por el año gravable 2021, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2021, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta el 24 de ABRIL de 2023



YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS

C.C. 92.543.537

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **92.543.537**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2023.

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 de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **YAIR FERNANDO PALENCIA TRILLOS** con **CC No. 92543537**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8999999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 29/03/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 24/03/2023 Fecha fin de Contrato: 23/07/2023 Clase de Riesgo: 5 Cargo : INSTRUCTOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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 prorroga 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): 202301015134108.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

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





Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



171356635

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☒ D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Palencia</u> Segundo Apellido: <u>Trillos</u> Primer Nombre: <u>Yair</u> Segundo Nombre: <u>Fernando</u>	7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC ☒ PA SC	8. Número del documento de identidad <u>92543537</u>	9. Sexo Femenino Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento <u>03/12/1982</u>
---	---	---	---	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC <u>1'400.000</u>	
18. Residencia Dirección: <u>A-7 #10N-24 Sevilla</u> Teléfono Celular: <u>3152160225</u> Correo Electrónico: <u>yairpalencia1@hotmail.com</u> Municipio / Distrito: <u>Cicuta</u> Zona: Urbana ☒ Rural Localidad / Comuna: <u>NOS</u> Departamento: <u>NOS</u>		Teléfono Fijo	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante				
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	B1	B2	B3	B4	B5
--	----	----	----	----	----

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	<u>278425</u>
B	<u>10830</u>
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
Código <input type="text"/>	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☒ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido				
Tipo de documento de identidad CN RC TI CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A	

43. EPS anterior <i>Sanitas</i>	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
------------------------------------	----------------------------------	--

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>Van 1 Palencia J.</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad ☒ TOTAL
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 62. Documento en que conste la 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.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
--	---	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
--

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
-------------------	----------------------------------	---------------------------

Observaciones: <i>Independiente</i>	EPS Sanitas NIT: 800.251.440-6 08 MAY 2023
-------------------------------------	--

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación Radica: Asesor: Hora:	Sticker procesamiento 6290000001
--	--	-------------------------------------

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1092541127

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 53029333

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 3 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 9 1 80

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido PALENCIA Segundo Apellido CAMACHO

Nombre(s) VALERIA

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 3 Mes A B R Día 0 6 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11790847-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CAMACHO OCHOA DIANA ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 63536375 de BUCARAMANGA SANTANDER

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PALENCIA TRILLOS YAIR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 92543537 de SINCELEJO SUCRE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PALENCIA TRILLOS YAIR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 92543537 de SINCELEJO SUCRE

Firma

Yair F. Palencia T.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 3 Mes A B R Día 1 1

Nombre y firma del funcionario que otorga

MARIANA VILLAMIZAR VILLAMIZAR

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que otorga el reconocimiento

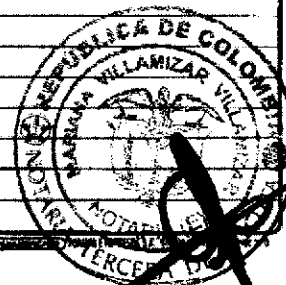
Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

14 JUL 2015

ESTE REGISTRO CIVIL NO
TIENE TERMINO DE VIGENCIA
Art. 2 Decreto 2189 de 1993



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ART. 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 ART. 1º DECRETO 278 DE 1972

DADO EN SAN JOSE DE CUCUTA, A LOS

MARIANA VILLAMIZAR VILLAMIZA
Notaria (E)