REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.367.218

MUÑOZ LOPEZ
APELLIDOS

ALFONSO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1964
GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

28-JUL-1986 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



0428005319A 02 2021325[illegible]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epss
Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).*

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] 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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ	LÓPEZ	ALFONSO	

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80 369 218	Femenino [ ] Masculino [X]	10 10 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Positiva	Colpensiones	908.526

18. Residencia	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Cll 64F #97A 37		3105856921	Alfonsolopez1@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Bogotá	Urbana [X] Rural [ ]	Alamos	Bogotá

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

capitalsalud epss

18 AGO 2021

RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN

HORA:

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)
B1		
B2		
B3		
B4		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Construcciones H Muñoz S.A.S.	NIT	901071447-0	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 111A #129-29	3665173559	mauricio.munoz@gmail.com	Bogotá	Bogotá.

VERSIÓN 2.0 - 2020-07-01

FORMULARIO No.

capitalsalud EPS-S

Te entiende. Te atiende

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código [ ]

- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		18/06/2021

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Ofici
ALFONSO MUÑOZ	C. H. M.

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC — Total [ ]
Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

- [ ] 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

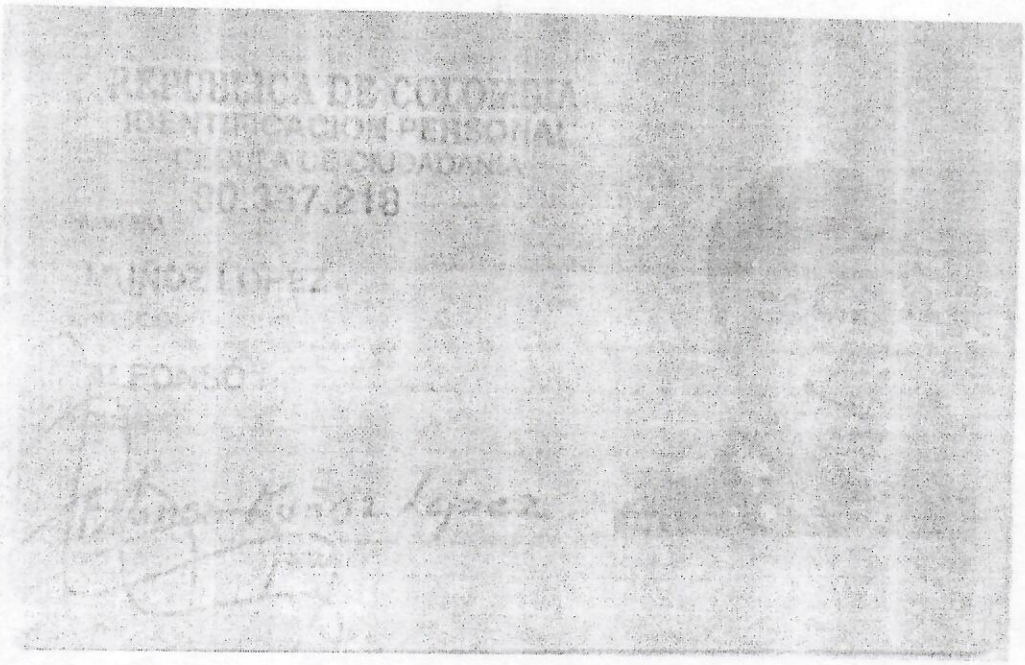
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario

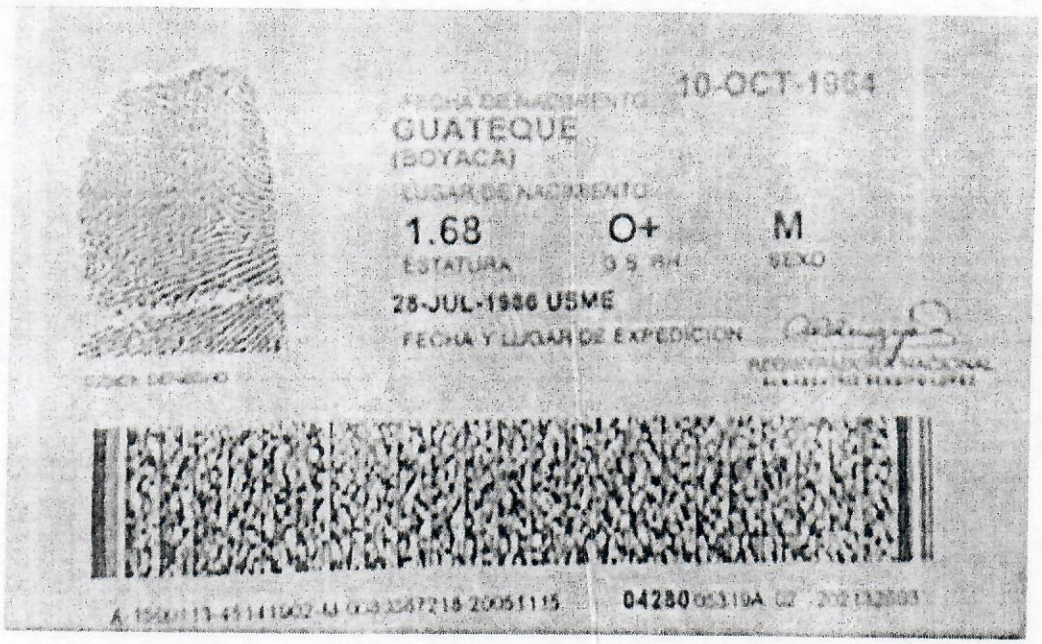
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

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 for

VIGILADO Supersalud


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
LOPEZ


10-OCT-1964
GUATEQUE
(BOYACA)
1.68
O+
M
28-JUL-1986 USME

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/08/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901071447	**Cédula Usuario:**	C 1019021150
Nombre:	CONSTRUCCIONES H MUÑOZ SAS				
Dirección:	CR 111 A 139 29				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	mauriciom100@gmail.com				
Teléfono:	3165617559		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1019021150	MICHAEL MAURICIO MUÑOZ SOCHA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	120	19/08/2021	C 80367218	MUÑOZ LOPEZ ALFONSO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F610E450EC2872C5F30DD0B8054FB251 Certificado impreso el día 8/18/2021 8:54:49 AM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS


www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
ALFONSO
MUÑOZ LOPEZ
80367218
CONSTRUCCIONES H MUÑOZ SAS
901071447
Este carné es personal e intransferible.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALFONSO MUÑOZ LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80367218,** se encuentra afiliado/a desde **30/09/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de agosto de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA