SERVIINTEG S.A.S
FERRETERO/ELÉCTRICO/CIVIL

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

CERTIFICA

Que la empresa SERVIINTEG S.AS con NIT: 826.003.791-8 en la actualidad se clasifica como MIPYMES de acuerdo al tamaño empresarial y activos de la empresa y los cuales desempeña actividades económicas y domicilio está en la ciudad de Sogamoso. Su actividad la desarrolla directamente como persona Jurídica que actualmente lleva más de un año legalmente constituida ejerciendo su actividad económica. Responde a los paramentos de Mipymes dados por las disposiciones legales vigentes, Su residencia personal y demás lo acreditan como Mipymes con sede en la ciudad de Sogamoso, Departamento de Boyacá.

Viviana Pérez M.
Contadora Pública

JUDY VIVIANA PEREZ MOLINA
CONTADOR PUBLICO
183088-T
310393698

SERVIINTEG S.A.S
FERRETERO/ELÉCTRICO/CIVIL

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

CERTIFICA

Que la empresa SERVIINTEG S.AS con NIT: 826.003.791-8 en la actualidad se clasifica como MIPYMES de acuerdo al tamaño empresarial y activos de la empresa y los cuales desempeña actividades económicas y domicilio está en la ciudad de Sogamoso. Su actividad la desarrolla directamente como persona Jurídica que actualmente lleva más de un año legalmente constituida ejerciendo su actividad económica. Responde a los paramentos de Mipymes dados por las disposiciones legales vigentes, Su residencia personal y demás lo acreditan como Mipymes con sede en la ciudad de Sogamoso, Departamento de Boyacá.

Viviana Pérez M.
Contadora Pública

JUDY VIVIANA PEREZ MOLINA
CONTADOR PUBLICO
183088-T
310393698

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

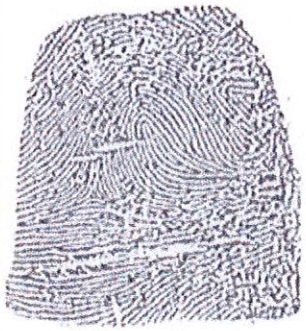
NUMERO 1.057.577.820

PEREZ MOLINA
APELLIDOS

JUDY VIVIANA
NOMBRES

Judy Viviana Perez Molina
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1988
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-JUN-2006 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0727700-43155464-F-1057577820-20061218 00164 06352A 02 210791630

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

190B124CAAFZBZ4A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JUDY VIVIANA PEREZ MOLINA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1057577820 de SOGAMOSO (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 183088-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 26 días del mes de Octubre de 2021 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



183088-T

JUDY VIVIANA
PEREZ MOLINA
C.C. 1057577820
RESOLUCION INSCRIPCION 555
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FECHA 16/10/2013

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ **194800**

183225

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	826003791
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SERVINTEG SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCION:	CARRERA 11 N° 2-131	TELÉFONO:	7709561
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1102730138			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/11/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2308533400

TOTAL APORTES A PENSION

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 0	$ 145,400
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 0	$ 145,400
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 0	$ 145,400
SUBTOTALES:										**$ 436,200**	**$ 0**	**$ 436,200**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227,200	$ 0	$ 0	$ 227,200
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 113,600
SUBTOTALES:													**$ 340,800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 340,800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 107,700	$ 107,700	$ 0	$ 0	$ 107,700
SUBTOTALES:									**$ 107,700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 107,700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	3	$ 109,200	$ 0	$ 109,200
SUBTOTALES:			**$ 109,200**	**$ 0**	**$ 109,200**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	3	$ 81,900	$ 0	$ 81,900
SUBTOTALES:			**$ 81,900**	**$ 0**	**$ 81,900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1057562121	ALVAREZ CASTILLO ANDREA NATALY	DEPEND		$ 908,526	FIJO		NO																
2	CC 11432257	ALVAREZ PONGUTA JOSE IGNACIO	DEPEND		$ 908,526	FIJO		NO																
3	CC 35527059	SUAREZ CASTILLO DIANA EDITH	DEPEND		$ 908,526	FIJO		NO																

N°	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908,526	$ 113,600	$ 0	$ 113,600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 22,200	30	$ 908,526	CCF10-COMFABOY	$ 36,400	$ 0	$ 27,300	$ 0	$ 0
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908,526	$ 113,600	$ 0	$ 113,600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 63,300	30	$ 908,526	CCF10-COMFABOY	$ 36,400	$ 0	$ 27,300	$ 0	$ 0
3	230301-PORVENIR	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 908,526	$ 113,600	$ 0	$ 113,600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 22,200	30	$ 908,526	CCF10-COMFABOY	$ 36,400	$ 0	$ 27,300	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.075.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	826003791
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SERVIJANTEG SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCION:	CARRERA 11 N° 2-131	TELÉFONO:	7709581
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	E-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			1102730138	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/11/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2306533400

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 436.200**	**$ 0**	**$ 436.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.200	$ 0	$ 0	$ 227.200
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 340.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 340.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 107.700	$ 107.700	$ 0	$ 0	$ 107.700
SUBTOTALES:									**$ 107.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 107.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	3	$ 109.200	$ 0	$ 109.200
SUBTOTALES:			**$ 109.200**	**$ 0**	**$ 109.200**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	3	$ 81.900	$ 0	$ 81.900
SUBTOTALES:			**$ 81.900**	**$ 0**	**$ 81.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	NOVEDADES INTEGRAL	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1057582121	ALVAREZ CASTILLO ANDREA NATALY	DEPEND		$ 908.526	FIJO		NO																
2	CC 11432257	ALVAREZ PONCIANO JOSE IGNACIO	DEPEND		$ 908.526	FIJO		NO																
3	CC 35527659	SUAREZ CASTILLO DIANA EDITH	DEPEND		$ 908.526	FIJO		NO																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400
3	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600
3	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600

SEGURIDAD SOCIAL — ARP Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526		$ 22.200
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526		$ 93.300
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526		$ 22.200

PARAFISCALES Nº	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	$ 908.526	CCF10-COMFABOY	$ 36.400	$ 0	$ 27.300	$ 0	$ 0
2	$ 908.526	CCF10-COMFABOY	$ 36.400	$ 0	$ 27.300	$ 0	$ 0
3	$ 908.526	CCF10-COMFABOY	$ 36.400	$ 0	$ 27.300	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.075.800

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	**Nombres y Apellidos del Usuario**
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 63	20/11/2021	CC 74084858	GONZALEZ GARCIA DIEGO	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.

MAS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:35:21 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
DIEGO ARMANDO
GONZALEZ GARCIA
74084858
SERVIINTEG SAS
826003791
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

3106979710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800 251 440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

151705559

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Garcia	Diego	Fernando

7. Tipo de documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	74084858	Femenino Masculino X	08 06 1985

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. Ingreso base de cotizacion - IBC

18. Residencia Dirección			Teléfono Fijo
Teléfono Celular	Correo Electrónico		
Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	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	28. Fecha de nacimiento	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	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
A	
B	

S.E.P.S. Sanitas
10 NOV 2021

cadena.com

-Original: EPS -1a Copia EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

Escaneado con CamScanner

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

Nombre o razón social: Servinteg

36. Tipo documento de Identificacion: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de Identificación: 826003791-

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

Ubicación / Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Modificacion de datos básicos de identificacion
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualizacion del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de 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. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relacion laboral o pérdida de las 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

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de Identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

o de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha: 19/11/2021

. EPS anterior: Sanitas- Activo

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

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.

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

. 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.

FIRMAS

. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Diego Gonzalez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad ___ CN RC TI CC PA CE CD SC 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

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento

67. Datos del SISBEN: Número de ficha / Puntaje / Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

po de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

S.E.P.S. Sanitas — RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR EL EPS — 19 NOV 2021

bservaciones:

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

anificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 46371815 Martha C. Camacho

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 63	20/11/2021	CC 74084858	GONZALEZ GARCIA DIEGO	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:35:21 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Aplica solo 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

DIEGO ARMANDO
GONZALEZ GARCIA
74084858

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

3106939710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800 251 440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

151705559

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Garcia	Diego	Fernando

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	7 4084858	Femenino Masculino X	08 06 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico

Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	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	28. Fecha de nacimiento	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	
B	

S.E.P.S. Sanitas
RECEPCIÓN AFILIACIONES
10 NOV 2021

-Original: EPS -1a Copia EMPLEADOR 2a Copia: AFILIADO-

cadena

Escaneado con CamScanner

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

Nombre o razón social: Servinteg

38. Tipo documento de identificación: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de identificación: 8 26003791

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

Ubicación / Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de 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 las 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

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

42. Fecha: 19 11 2021

EPS anterior: Sanitas - Activo

44. Motivo de traslado — Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

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.

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.

FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Diego Gonzalez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad — TOTAL
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente omitido 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.

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)

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

S.E.P.S. Sanitas — Regional Entre Ventanas — Torre 1 — 19 NOV 2021

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

Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 46371815 Martha C. Camacho

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

8106979710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

151705606

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X — 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 X — 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Perez	Garcia	jeffer	Edilson.

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC X — PA — SC

8. Número del documento de identidad: 1052393175

9. Sexo: Femenino — Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 13 04 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

18. Residencia
Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Zona: Urbana — Rural

Localidad / Comuna

Departamento

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	28. Fecha de nacimiento	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			

E.P.S. Sanitas
RADICADO Y CERTIFICADO POR LA EPS
19 NOV 2021
RADICADO POR:

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		
B		
B		
B		

Original: EPS - 1a Copia EMPLEADOR - 2a Copia AFILIADO

Escaneado con CamScanner

A. 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: Seruinteg

36. Tipo documento de Identificación: NIT X TI CE / CC PA CD

37. Número del documento de Identificación: 826003791

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

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 las 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: CN TI CE CD / RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 19 11 2021

43. EPS anterior: Sanitas - Activo

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 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
- [X] 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.
- [X] 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
- [X] 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: Jeffer Perez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC

- [ ] 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 SISBÉN
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

S.E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
19 NOV 2021

Observaciones:

Recuerda 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: 46371815 Martha Camelo

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 61	20/11/2021	CC 1052393175	PEREZ GARCIA JEFFER	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902 Certificado impreso el día 11/19/2021 8:23:07 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
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
www.positiva.gov.co
JEFFER EDILSON
PEREZ GARCIA
1052393175
SERVIINTEG SAS
826003791
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

1106979710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

151705606

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: A. Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional 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 X 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: Perez | Segundo Apellido: Garcia | Primer Nombre: Jeffer | Segundo Nombre: Edilson.
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de Identidad: 1052393175
9. Sexo: Femenino Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 13 04 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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
18. Residencia Dirección
Teléfono Fijo
Teléfono Celular
Correo Electrónico
Municipio / Distrito
Zona: Urbana Rural
Localidad / Comuna
Departamento

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	28. Fecha de nacimiento	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		
B		
B		
B		

E.P.S. Sanitas
AUTORIZADO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
19 NOV 2021
Radicado Por:

-Original: EPS -1a Copia EMPLEADOR- 2a Copia AFILIADO

Escaneado con CamScanner

A. 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	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
beruinteg	NIT X TI CE / CC PA CD	826003791	

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 las 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

C. 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 del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	D D M M A A A A
				19/11/2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas - Activo	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 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
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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
- [X] 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.
- [X] 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
- [X] 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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Jeffer Perez	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del 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	D D M M A A A A	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
		S.E.P.S. Sanitas RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 19 NOV 2021

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
46371815 Martha Canales		

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	**Nombres y Apellidos del Usuario**
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 61	20/11/2021	CC 1052393175	PEREZ GARCIA JEFFER	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:23:07 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#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

JEFFER EDILSON
PEREZ GARCIA
1052393175

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	60	20/11/2021	CC 74302251	SOLANO GARCIA OSCAR	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,

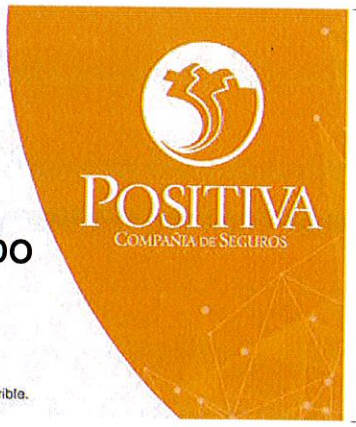
Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:18:54 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



OSCAR FERNANDO
SOLANO GARCIA
74302251

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/11/2021, el empleador SERVI INTEG SAS identificado con NIT número 826003791 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3879575	23/11/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74302251	oscar solano garcia	2000000	INGENIERO ELECTRICO	2021-11-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Noviembre de año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	60	20/11/2021	CC 74302251	SOLANO GARCIA OSCAR	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

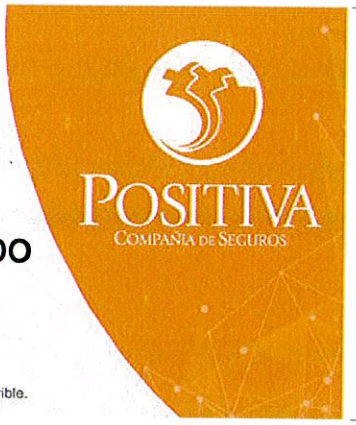
Cordial saludo,

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

385DD08A292C856CECEF766756000902 Certificado impreso el día 11/19/2021 8:18:54 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



OSCAR FERNANDO
SOLANO GARCIA
74302251

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/11/2021, el empleador SERVI INTEG SAS identificado con NIT número 826003791 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

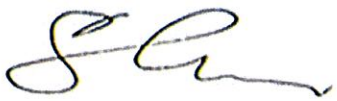
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3879575	23/11/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74302251	oscar solano garcia	2000000	INGENIERO ELECTRICO	2021-11-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Noviembre de año 2021.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 62	20/11/2021	CC 74369611	MOSCOSO MANRIQUE SERGIO	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:30:31 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	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533
		Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.	Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
786 838 07 55	+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

SERGIO ALEJANDRO
MOSCOSO MANRIQUE
74369611

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

3106899710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

151706295

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

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 X 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Moreno	Enrique	Sergio	Alejandro

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad: 74369611

9. Sexo: Femenino Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 10 02 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

18. Residencia Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Duitama

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Boyaca

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	28. Fecha de nacimiento	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	31. Discapacidad 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

C Ingeiro - Dental Agua

B

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

E.P.S. Sanitas S.A.S. CONFIRMADA VIGENCIA POR LA EPS 23 NOV 2021

-Original: EPS -1a Copia EMPLEADOR- 2a Copia AFILIADO

cadena

Escaneado con CamScanner

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: Servinteq

36. Tipo documento de Identificación: NIT [X] CC; TI; PA; CE; CO — 37. Número del documento de Identificación: 826003791 — 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

4. Tipo de Novedad

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

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de identificación
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC 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): 19 11 2021

3. EPS anterior: Sanitas - Activo — 44. Motivo de traslado: Código — 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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: Sergio Hoyos

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 — CN RC TI CC PA CE CD SC — 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 SISBÉN: 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:

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 NOV 2021

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: 1037181515 Martha Ramos — Sello de Radicación — Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 62	20/11/2021	CC 74369611	MOSCOSO MANRIQUE SERGIO	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:30:31 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
SERGIO ALEJANDRO
MOSCOSO MANRIQUE
74369611
SERVIINTEG SAS
826003791
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

3106979710

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800 251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

151706295

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Hoyos	Enrique	Sergio	Alejandro

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	74369611	Femenino Masculino X	10 02 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

18. Residencia
Dirección | Teléfono Fijo

Teléfono Celular | Correo Electrónico

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Dorama	Urbana X Rural		Boyaca

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	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	28. Fecha de nacimiento	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	31. Discapacidad 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 Egelo - Dental Java

B

E.P.S. Sanitas
CONSIGNA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 NOV 2021

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO

cadena

Escaneado con CamScanner

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: Servinteq

36. Tipo documento de Identificación: NIT [X] CC [ ] TI [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ]

37. Número del documento de Identificación: 826003791

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

4. Tipo de Novedad

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

C. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de Identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 19 11 2021

43. EPS anterior: Sanitas - Achuo

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[X] 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.
[X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[X] 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.
[X] 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.
[X] 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.
[X] 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: Sergio Marcos

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

[ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
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 SISBÉN
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:

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 NOV 2021
Recibido por

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: 1037181515 Martha Camacho

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 59	20/11/2021	CC 79138509	CONDE RODRIGUEZ DAVID	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,

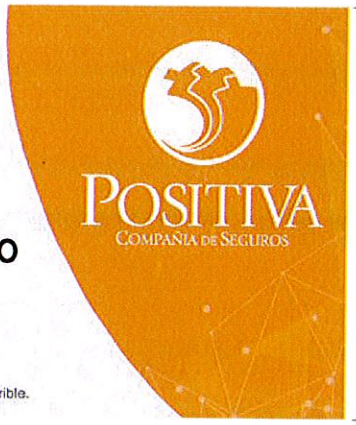
Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

385DD08A292C856CECEF766756000902

Certificado impreso el día 11/19/2021 8:10:14 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



DAVID LEONARDO
CONDE RODRIGUEZ
79138509

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación: 20 11 12 02 21

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
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 [X] 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			
Conde	Rodriguez	David	Leonardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	79.138.509	Femenino [ ] Masculino [X]	07 11 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [X] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Positiva	Colpensiones	1.000.000

18. Residencia

Carrera 104 B 19-61		3002116287		
Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]		Localidad/Comuna	Cundinamarca
Municipio/Distrito				Departamento

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del 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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	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						

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		
B		
B		
B		
B		
B		

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 de pensiones (a registrar por la EPS)
Serviinteg S.A.S	NIT	826003791 - 8	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Carrera 11 No 21-31	7709581	serviinteg.sas@gmail.com	Soamoe	Boyacá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que encontrará antes de diligenciar este formulario en letra de imprenta

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de 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 las 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

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
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 acrediten 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 vigentes 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 oafiliados 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

David L. Conde Rodriguez

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

CONSTRUCTORES ELECTRICOS
SERVI INTEG S.A.S.
Nit. 826003791-8
Cra. 11 No. 12-37 Yopal (Casanare)
Cel. 320 962 7517 - 773 2415

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI ☒ CC PA CE CD SC — 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 SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

RECIBIDO 22 NOV

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/11/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	59	20/11/2021	CC 79138509	CONDE RODRIGUEZ DAVID	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.

385DD08A292C856CECEF766756000902 Certificado impreso el día 11/19/2021 8:10:14 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533
		Aplica solo para operadores Claro, Movistar y Tigo

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.	Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
786 838 07 55	+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DAVID LEONARDO
CONDE RODRIGUEZ
79138509

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación: 20 / 11 / 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
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 [X] 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			
Conde	Rodriguez	David	Leonardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	79.138.509	Femenino [ ] Masculino [X]	07 / 11 / 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Colpensiones	2.000.000

18. Residencia

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Carrera 104 B 19-61 Bogota	Urbana [X] Rural [ ]	3002116287	Cundinamarca

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del 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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	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						

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		
B		
B		
B		
B		
B		

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 de pensiones (a registrar por la EPS)
Servinteg S.A.S	NIT	826003791 - 8	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Carrera 114 No 2131	7709581	servinteg.sas@gmail.com	Sogamoso	Boyacá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que encontrará antes de diligenciar el formulario

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de 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 las 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

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
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 vigentes 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

David L. Conde Rodriguez

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

DISTRIBUIDORES ELECTRICOS SERVI INTEG S.A.S. Nit. 826003791-8 Cra. 11 No. 12-35 Bodega 30 Cel. 320 962 7517 - 773 2415

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI ☒ CC PA CE CD SC — 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 SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

RECIBIDO 2-0 NOV

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/12/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	SOGAMOSO	
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	96	08/12/2021	CC 1118556509	ALVAREZ CASTILLO GISELLA	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.

8906FDFC8CC8747C9F4FFEA17E34B63F

Certificado impreso el día 12/7/2021 9:06:19 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
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
GISELLA
ALVAREZ CASTILLO
1118556509
SERVIINTEG SAS
826003791
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/12/2021, el empleador SERVI INTEG SAS identificado con NIT número 826003791 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3919812	07/12/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118556509	gisella alvarez castillo	2000000	JEFE DE SALUD OCUPACIONAL	2021-12-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Diciembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/12/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	826003791	**Cédula Usuario:**	CC 11432257
Nombre:	SERVIINTEG SAS				
Dirección:	CRA 11 2 131				
Departamento:	BOYACA			**Municipio:**	SOGAMOSO
Correo electrónico:	serviinteg.sas@gmail.com				
Teléfono:	7709581			**Tarifa:**	2.436
Actividad Económica:	3454201 EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 11432257	JOSE IGNACIO ALVAREZ POGUTA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 96	08/12/2021	CC 1118556509	ALVAREZ CASTILLO GISELLA	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.

MES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

8906FDFC8CC8747C9F4FFEA17E34B63F

Certificado impreso el día 12/7/2021 9:06:19 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Aplica solo para operadores Claro, Movistar y Tigo

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.	Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
786 838 07 55	+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

GISELLA
ALVAREZ CASTILLO
1118556509

SERVIINTEG SAS
826003791

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/12/2021, el empleador SERVI INTEG SAS identificado con NIT número 826003791 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3919812	07/12/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118556509	gisella alvarez castillo	2000000	JEFE DE SALUD OCUPACIONAL	2021-12-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Diciembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva