





No de Radicacion  
4007290117

Fecha de Radicacion  
2/7/10|2/0/2/1

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 1

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
f. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
A. AFILIACIÓN			

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres  
 DEL PORTILLO (Primer apellido) | FONSECA (Segundo apellido) | JERALDINE (Primer nombre) | ISABEL (Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad: CC  
 8. Número del documento de Identidad: 1065638382  
 9. Sexo: Femenino  Masculino   
 10. Fecha de nacimiento: 17/02/1992

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Edad: 6  
 12. Discapacidad: Tipo FINH, Condicion TIP  
 13. Puntaje SISBEN: [ ]  
 14. Grupo de poblacion especial: [ ]

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL: POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
 16. Administradora de Pensiones: PORVENIR FPC  
 17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 908526

18. Residencia: CL 5C 41 27 Dirección, VALLEDUPAR Municipio/Distrito, zona Urbana  Rural   
 Telefono fijo: 3107878615, Telefono celular: 3107878615, Localidad / comuna: CESAR, Departamento: CESAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos  
 Primer apellido: [ ] Segundo apellido: [ ] Primer nombre: [ ] Segundo nombre: [ ]

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

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

24. Apellidos y nombres  
 B1-B5: [ ]

25. Tipo documento de identidad: [ ]  
 26. Número de identidad: [ ]  
 27. Sexo: Femenino  Masculino   
 28. Fecha de nacimiento: [ ]

Datos complementarios

29. Parentesco: [ ]  
 30. Etnia: [ ]  
 31. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

32. Datos de residencia  
 B1-B5: [ ]

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS: VS LOPERENA - VS LOPERENA  
 Código de la IPS (a registrar por la EPS): VSLOPERENA - VSLOPERENA

VII. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: JERALDINE ISABEL DEL PORTILLO FONSECA  
 36. Tipo de identificación: CC  
 37. Numero de documnto de Identificación: 1065638382  
 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 01

39. Ubicación  
 CL 5C 41 27 Dirección, 3107878615 Teléfono, JERALDINISABEL171210@GMAIL.COM Correo electrónico, VALLEDUPAR Municipio/distrito, CESAR Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y/o corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código:
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
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 del pensionado

## /I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		2/7/11 02 02 1			

## 43. EPS anterior

44. Motivo de traslado  
Código: 

## 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

## /II. 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 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 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 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 celular como mensaje de texto

## /III. FIRMAS

## 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

## 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## X. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN.  RC.  TI.  CC.  PA.  CE.  CD.  SC.   
Cantidad:           Total:  0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia orden judicial o 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 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## /C. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="checkbox"/>	Código del Departamento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario					
<input type="checkbox"/>							

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JERALDINE ISABEL DEL PORTILLO FONSECA identificado(a) con C.C No. 1.065.638.382, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de enero del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias