SGC-CP-14205-22
Neiva, junio 04 de 2022

Ingeniero
FREDY ALBERTO ANTURI VIDARTE
Profesional Especializado SGA
Supervisor

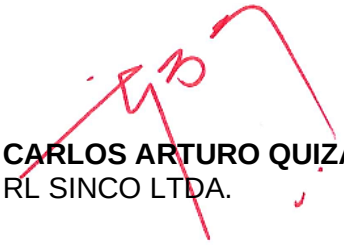
Referencia: Contrato de obra No. 346 de 2021

Asunto: Informe de obra No.1.

Cordial saludo.

En cumplimiento a las funciones y obligaciones establecidas en el contrato de interventoría 184 de 2022, se hace entrega de los documentos correspondientes al informe No.1 del contrato de la referencia, del periodo comprendido desde el 22 de abril al 21 de mayo de 2022.

Atentamente,



CARLOS ARTURO QUIZA C.
RL SINCO LTDA.

	INFORME MENSUAL DE AVANCE DE PROYECTO CONTRATO No. 346-2021 DE 2020	*CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021*

INFORME MENSUAL DE AVANCE DE ACTIVIDADES DEL **22/04/2022** **AL** **21/05/2022**

A. DATOS GENERALES

PROYECTO:	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS:
ADELANTAR ACCIONES DE INGENIERÍA PARA LA CONSERVACIÓN Y DESCONTAMINACIÓN DE FUENTES HIDRICAS, MEDIANTE EL MANEJO DE AGUAS RESIDUALES DOMÉSTICAS RURALES CON LA CONSTRUCCIÓN DE SISTEMAS SÉPTICOS EN CUENCAS HIDROGRÁFICAS, Y ÁREAS PROTEGIDAS DE LA CATEGORIA DISTRITO REGIONAL DE MANEJO INTEGRADO Y HUMEDALES QUE POSEEN INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN APROBADOS POR LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA, EN SU JURISDICCIÓN.	**HUILA**	**PITALITO - GARZON- PALESTINA-LA ARGENTINA - SANTAMARIA -IQUIRA - ACEVEDO-GUADALUPE-SUAZA-LA PLATA**

CONTRATISTA OBRA:	NIT	REPRESENTANTE LEGAL :
CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021	901551315-7	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE OBRA		FECHA ACTA INICIO:	FECHA REINCIO N°1	FECHA DE TERMINACION	PLAZO EN MESES:
VALOR CONTRATO TOTAL	$1.275.930.290,00	22/04/2022		21/10/2022	6
	$1.275.930.290,00				
		FECHA DE SUSPENSION N°1	FECHA SUSPENSION N°2		
		N/A			

INGENIERO RESIDENTE DE OBRA	DIRECTOR DE OBRA:
ANGEL ALBERTO SUAREZ ORDOÑEZ	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO

1. CONTROL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES MENSUALES

ITEM	ACTIVIDAD		% DE LA ACTIVIDAD EN EL VALOR DEL CONTRATO	% PROGRAMADO	% EJECUTADO A 21 DE MAYO DE 2021
	BATERIAS SANITARIAS CON SISTEMA SEPTICO	**CANTIDAD**			
1	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE PITALITO	164	59,21%	59,21%	0,78%
2	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE SUAZA	34	12,27%	12,27%	0,00%
3	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE GUADALUPE	14	5,05%	5,05%	0,00%
4	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE GARZON	13	4,69%	4,69%	0,00%
5	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE LA PLATA	10	3,61%	3,61%	0,00%
6	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE LA ARGENTINA	6	2,17%	2,17%	0,07%
7	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE PALESTINA	10	3,61%	3,61%	0,00%
8	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE ACEVEDO	17	6,14%	6,14%	0,00%
9	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE SANTA MARIA	2	0,72%	0,72%	0,00%
10	POZOS SEPTICO MUNICIPIO DE IQUIRA	7	2,53%	2,53%	0,00%
AVANCE TOTAL DE LA OBRA			**100%**	**100%**	**0,85%**

Observaciones:

De acuerdo a la solicitud realizada por el supervisor de la obra, en cuanto se realice con prioridad la ejecución de los pozos en el municipio de Pitalito, y siguiendo dicha directriz, el contratista junto a la interventoría realizaron el recorrido por cada predio de las veredas BARRANQUILLA, PALMARITO, VISTA HEMOSA, SANTA ROSA, LA PALMA, BETANIA, CAMPO BELLO, EL DIVISO, CAFARNAUM, SAN MARTIN, CRISTALES Y CABUYAL, DEL MUNICIPIO DE PITALITO, para determinar las condiciones de requisitos de los postulados, para dar así, inicio formal al proceso constructivo de los pozos sépticos, en dicho recorrido por las veredas anteriormente mencionadas se encontró que los beneficiarios GLORIA RUTH MACIAS CERQUERA y LIZETH JULIANA TOVAR MACIAS de la vereda PALMARITO del municipio de PITALITO, no aceptan la construcción del sistema séptico argumentando que cuentan con uno y este se encuentra en buenas condiciones y funcional, dicha situación fue reportada a la entidad, con fin de que se genere nuevos beneficiarios.
En el municipio de Palestina-Huila, el beneficiario Jorge Elías Echeverry Ortega, de la vereda montañita, manifestó que no requiere de dicho beneficio, no preciso los motivos, dicha situación fue reportada a la entidad, con fin de que se genere un nuevo beneficiario.

En el municipio de la argentina, se realizaron las vistas de 6 beneficiarios y no se encontró ninguna novedad.

Continuando con lo establecido por la supervisión se procedió a dar inicio con la ejecución física de la obras de los beneficiarios ya visitados en el municipio de Pitalito, encontrando con un gran problemas de lluvias en el sector, que generaron atrasos en la entrega del material debido que no se puede transportar los materiales ya que se han afectado algunas vías, también se tuvo problemas con un material de ferretería que en el momento de la entrega se presentaron lluvias y dañaron una gran cantidad de bultos de cemento, a la fecha del presente informe no se ha logrado entregar material a los beneficiarios a los cuales ya se les ha realizado las visitas.

En cuanto a las actividades de ejecución física tenemos que se han intervenido 4 pozos en el municipio de la argentina y 15 pozos en el municipio de Pitalito, intervención que fue afectada por la lluvias, ya que las excavaciones presentan socavaciones laterales, los pozos se llena de agua, lo cual dificulta los trabajos, no se ha podido iniciar otros pozos por causa de la lluvia ya que no se ha podido transportar materiales, la intervención a estos pozos ha sido excavaciones, construcción de tapas, placas de pisos, cajas de inspección y trampa de grasas.

El CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021, tiene material comprado para la construcción de 80 pozos sépticos, pero debido a las condiciones climáticas no fue posible la entrega de los mismos, actualmente se esta trabajando para la entrega de los mismo y así poder iniciar la construcción de los pozos.

Las visitas de obra se han detenido, por dos situaciones, una con el fin de atender la prioridad que es el municipio de Pitalito y dos debido a las lluvias, que pondrían en riesgo la integridad física del personal del consorcio al realizar dicha actividad, ya que estas visitas se realizan en el sector rural y las vías se convierten en riesgo.

En el municipio de LA ARGENTINA, también se tiene problemas de lluvias, que han impedido transportar material a los sitios de ejecución de las obras.

Según la programación estamos en etapa de vistas de obra a la fecha, sin embargo se ha dado inicio a la ejecución de algunos pozos con el animo de atender la ejecución primero en el municipio de PITALITO, teniendo un porcentaje de ejecución física de 0,85%, entre el municipio de PITALITO Y LA ARGENTINA.

OBSERVACIONES	MES 1				MES 2		
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7
Escases ladrillo tolete	X	X	X	X	N/A	N/A	N/A
Fuertes lluvias	X	X	X	X	N/A	N/A	N/A

3. IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES CRITICAS - ANÁLISIS DE CAUSAS

Se tiene inconvenientes en el transporte de materiales, por causa de las lluvias.

3.1. DISPONIBILIDAD DE MATERIALES AL DESARROLLO DE LA OBRA

BUENA		SUFICIENTE		REGULAR	x	NO CONFORME	

3.2. PERSONAL

PROFESIONAL	2	DIR. DE OBRA RES. DE OBRA	PERSONAL CALIFICADO	1	INSPECTOR DE OBRA INSPECTOR DE OBRA	PERSONAL NO CALIFICADO	4

OBSERVACIONES:

3.3 OTROS (GESTION AMBIENTAL, GESTION PREDIAL, SOCIALES, SEGURIDAD INDUSTRIAL)

Se realizó la capacitación a los beneficiarios visitados, sobre el uso y operación del sistema séptico y las tareas que deben realizar una vez se llene, de igual forma se les entregó el Manual de Operación y Mantenimiento.

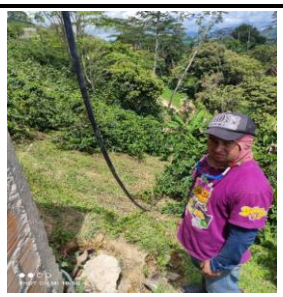
El personal de obra se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral

4. DOCUMENTOS Y ENSAYOS TECNICOS REALIZADO EN EL MES

ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA O ENSAYO REALIZADO

EQUIPO	CONVENCIONES				A	ACTIVO	R	REPARACION	I	INACTIVO	X	RETIRO DE EQUIPO
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 5		SEM 6			SEM 7		OBSERVACIONES
MEZCLADORA												
VOLQUETA			A	A								
HERAMIENTA MENOR			A	A								

6. REGISTRO FOTOGRÁFICO VISITA PRELIMINAR



Municipio de Pitalito: Andrés Ferney Sarmiento Ruiz



Municipio de Pitalito: Cristóbal Guzmán Vera



Municipio de Pitalito: MARIA CECILIA VERA NAVA



Municipio de Pitalito: Avelino Vera Nava



Municipio de Pitalito: LUZ DARY CEBALLOS IBAGON



Municipio de Pitalito: Mercedes Ibagon de Ceballos



Municipio de Pitalito: Gladys Guzmán Ninco



Municipio de Pitalito: Carlos Arturo Guzmán Ninco



Municipio de Pitalito: MIGUEL ANGEL CEBALLOS IBAGON



Municipio de Pitalito:DOLY YINETH CORREA JIMENEZ



Municipio de Pitalito: FAIVER GAVIRIA SAMBONI



Municipio de Pitalito: DORA LILIA MUÑOZ MUÑOZ



Municipio de Pitalito:JAVIER GAVIRIA



Municipio de Pitalito: FREDY ALEXIS MARTINEZ LOSADA



Municipio de Pitalito: AGUSTÍN NAVA VARGAS



Municipio de Pitalito: ALEXANDER CUELLAR CALDERON



Municipio de Pitalito: MELBA CARDOZO GARCIA



Municipio de Pitalito: ALBA ROSA OLAYA BAUTISTA



Municipio de Pitalito: ÁLVARO VALENZUELA VASQUES



Municipio de Pitalito: SERAFÍN REYES PAEZ



Municipio de Pitalito: ALCIDES REYES PAEZ



Municipio de Pitalito: HERMELINDA VERA RUIZ



Municipio de Pitalito: Zoila Aurora Ñañez Muñoz



Municipio de Pitalito: María Carmen Samboni



Municipio de Pitalito: Ángel Alfonso Leiton Molina



Municipio de Pitalito:FAIBER TOVAR DIAZ



Municipio de Pitalito: ANDRÉS FELIPE TOVAR MUÑOZ

		
Municipio de Pitalito: Nelson Capera Céspedes	**Municipio de Pitalito: MARTÍN ARIEL HOYOS SAMBONI**	**Municipio de Pitalito:Sem Rivera Paja**
		
Municipio de Pitalito: Pedro Nel Reyes Cardozo	**Municipio de Pitalito: Fabio quinayas quinayas**	**Municipio de Pitalito: Rene Jiménez Gaviria**
		
Municipio de Pitalito:STIVEN SANCHEZ GASCA	**Municipio de Pitalito: Josefa Claros**	**Municipio de Pitalito: Ferney San Juan Claros**
		
Municipio de Pitalito: María Eida Sanjuan Claros	**Municipio de Pitalito: DIANA MARCELA PERDOMO RODRIGUEZ**	**Municipio de Pitalito:Marleny Hurtado**
		
Municipio de Pitalito: Ana Beiba Torres Hurtado	**Municipio de Pitalito:ELCIRA SEVILLA VALDERRAMA**	**Municipio de Pitalito: Arbey Astudillo Murcia**

		
Municipio de Pitalito: Ricardo Gasca Rodríguez	**Municipio de Pitalito: Liliana Gasca Ramírez**	**Municipio de Pitalito: María del Carmen Torres**
		
Municipio de Pitalito: MIGUEL ALFREDO CORREA MOSQUERA	**Municipio de Pitalito: FABIO VASQUEZ SANCHEZ**	**Municipio de Pitalito: MARÍA RUTH JAEL ORTEGA MUÑOZ**
		
Municipio de Pitalito: GERMAN PINZON SANTAMARIA	**Municipio de Pitalito: Alfredo Imbachi**	**Municipio de Pitalito: María Polonia Imbachi**
		
Municipio de Pitalito: Jaime Yesid López Gómez	**Municipio de Pitalito:Yimy Fernando Rengifo Quiñones**	**Municipio de Pitalito:Ermel Gómez Ortega**
		
Municipio de Pitalito: Darío Javier Pajoy	**Municipio de Pitalito: Laureano Pajoy**	**Municipio de Pitalito: Juan Carlos Torres Males**

		
Municipio de Pitalito: Efraín Alexander Carvajal Velazco	Municipio de Pitalito: Raquel Ordóñez Valencia	Municipio de Pitalito: RICARDO LAGUNA BERMUDEZ
		
Municipio de Pitalito: Omar Santofimio Narváez	Municipio de Pitalito: Gustavo Puentes Laiseca	Municipio de Pitalito: FLORA MARIA NARVAEZ SANTOFIMIO
		
Municipio de Pitalito: Rodrigo Santofimio Quiroga	Municipio de Pitalito: David Alejandro Santofimio Diaz	Municipio de Pitalito: Angela Yurany Santofimio Diaz
		
Municipio de Pitalito: YESICA REYES RODRGIUEZ	Municipio de Pitalito: Augusto Henao Rodríguez	Municipio de Pitalito:Dioselina Rodríguez Gutierrez
		
Municipio de Pitalito:Rafael Rodriguez Gutierrez	Municipio de Pitalito:Leonardo Urrea Martinez	Municipio de Pitalito:Liliana reyes rodriguez

		
Municipio de Pitalito:Ramiro Urrea Hernandez	**Municipio de Pitalito:GENRRI VALENZUELA RODRIGUEZ**	**PITALITO-BARRANQUILLA**
		
PITALITO-BARRANQUILLA	**PITALITO-BARRANQUILLA**	**PITALITO-BARRANQUILLA**
		
PITALITO-BARRANQUILLA	**PITALITO-BARRANQUILLA**	**PITALITO-BARRANQUILLA**
 	 	
PITALITO - LA PALMA	**PITALITO - LA PALMA**	**PITALITO - LA PALMA**
		
PITALITO - LA PALMA	**PITALITO - LA PALMA**	**PITALITO - LA PALMA**

		
PITALITO - CAMPO BELLO	PITALITO - CAMPO BELLO	PITALITO - CAMPO BELLO
		
PITALITO - CAMPO BELLO	PITALITO - CAMPO BELLO	PITALITO - CAMPO BELLO
		
ARGENTINA	ARGENTINA	ARGENTINA
		
ARGENTINA	MATERIALES - PITALITO	MATERIALES - PITALITO
 		
MATERIALES - PITALITO	MATERIALES - PITALITO	MATERIALES - PITALITO

		
MATERIALES - PITALITO	**MATERIALES - PITALITO**	**MATERIALES - PITALITO**

CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021
R.L. EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO
CONTRATISTA

VoBo. **SINCO LTDA**
R.L. CARLOS ARTURO QUIZA CAMACHO
INTERVENTORIA

Medellín, 27 de abril de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GORDO BARREIRO EDUAR MAURICIO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PPAL		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C83116819	SUAREZ ORDOÑEZ ANGEL ALBERTO	28/04/2022		18962ty2	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/04/2022 12:28:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.235.239.143, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGEL ALBERTO SUAREZ ORDONEZ identificado(a) con C.C No. 83.116.819, 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 27 de abril 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 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 Cesantías

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	22/04/2021

154252353

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 01

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
Suarez	Ordoñez	Angel	Alberto

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	83116819	Femenino / Masculino	04 04 1958

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
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cl 35 # 10-04	8202016

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3165121621	angelsuarez@yahoo.es

Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
Neiva			Huila

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 (F N M)	Condición (T P)	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		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		

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

Escaneado con CamScanner

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

35. Nombre o razón social: Edwar Sarabia

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

37. Número del documento de identificación: 1080290331

38. Tipo de aportante / subtipo de Persona (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección: Cl 10 # 5-27

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Neiva

Departamento: Huila

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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		22 04 2022

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

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	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 SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

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
CC	97402000	

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario.

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
27 ABR 2022
Recibido Por:

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Siguiente procedimiento

Escaneado con CamScanner

Medellín, 26 de abril de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GORDO BARREIRO EDUAR MAURICIO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PPAL		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C1080290676	SALAS ROJAS LEIDY KATHERINE	27/04/2022		14I0128x	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/04/2022 16:51:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.235.227.131, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDY KATHERINE SALAS ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.080.290.676**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Abril del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 27 04 2022

154252346

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / 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. Regimen: A. Contributivo / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 01

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
Soba	Rojas	Leidy	Katherine

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

8. Numero del documento de identidad: 1080290676

9. Sexo: Femenino / Masculino

10. Fecha de nacimiento: 27 12 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condicion: T P

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000

18. Residencia

Dirección: Cra 40 # 50-27.

Teléfono Fijo: 8204016

Teléfono Celular: 3165221156

Correo Electrónico: sva1040@gmail.com

Municipio / Distrito: Neiva

Zona: Urbana / Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: Huila

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. Numero 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. Numero 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		

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

Escaneado con CamScanner

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

33. Nombre o razón social: Edwar Gado

35. Tipo documento de identificación: NIT ✓ TI CE CC PA CD

37. Número del documento de identificación: 1080290331

39. Ubicación
Dirección: Cl 101 5-27

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Neiva

Departamento: Huila

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 RC TI CC PA CE CD SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				22 04 2022

43. EPS anterior: Sanitas

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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	69. Fecha de Validación

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
CC	97402000	

Observaciones:

Declaro(amos) que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada en los campos contenidos en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación: E.P.S. Sanitas — 27 ABR 2022 — Recibido Por

Sticker (Radicamiento)

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): FAIVER ALEXANDER ANACONA MUÑOZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1081701628, de la empresa CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021 está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 20/05/2022 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015304452.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de mayo de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 20/05/2022 02:29:28 p. m.
ISCDC: 20/05/2022 02:29:28 p. m.

Comfamiliar E.P.S
¡Su salud es nuestro compromiso!

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

(Leas las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

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 [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Anacona	Muñoz	Faiver	Alexander

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C [ ]	1.081.701.628	Femenino [ ] Masculino [X]	10 09 1995

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 cotización IBC
Positiva	Porvenir	1.000.000=

18. Residencia: Vereda la Esperanza Palestina | Huila | 3103422677

Zona: Urbana [ ] Rural [X]

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 las Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio San Sebastian 11-11-2021	NIT [ ]	901.551.315-7	

39. Ubicación: Cra 3 Nº 11-28 of 301 | 3208082798 | Neiva | Huila | emggerencia2018@gmail.com

LITO IMPRESOS DEL HUILA F.U. / NIT 900.209.470-4 Teléfax: 8730534 Neiva
VIGILADO SUPERSALUD

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	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	20 05 2022

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. de acuerdo con lo previsto en la Ley1581de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o emidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Alexander Anarcona.	

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
					☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): HERNAN CALDON ROJAS identificado con Cédula Ciudadanía No. 1082154006, de la empresa CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021 está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 20/05/2022 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015304423.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de mayo de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 20/05/2022 02:28:01 p. m.
ISCDC: 20/05/2022 02:28:01 p. m.

Comfamiliar E.P.S
¡Su salud es nuestro compromiso!

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

(Leas las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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 [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Caldon	Rojas	Hernan	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C [ ]	1.082.154.006	Femenino [ ] Masculino [X]	21/06/1988

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 cotización IBC
Positiva	Porvenir	1.000.000-

18. Residencia			
Vereda		Pitalito	Huila
	Zona: Urbana [ ] Rural [X]		

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 las Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 pensiones (a registrar por la EPS)
San Sebastian	NIT [ ]	901.551.315-7	

11-11-2021

39. Ubicación: Cra 3 Nº 11-28 Of 301 | 8740777 | 3208082708 | Neiva - H. | engerencia2018@gmail.com

LTO.IMPRESOS DEL HUILA F.U. - NIT 900.209.405-4 Teléfax: 8710911 - 8710634 Neiva

Vigilado Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Correción 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	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		20052022

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. de acuerdo con lo previsto en la Ley1581de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Hernan Calon Rojas	

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/05/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901551315	**Cédula Usuario:**	CC 1080290331
Nombre:	CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021				
Dirección:	KR 3 11 28 OF 301				
Departamento:	HUILA		**Municipio:**	NEIVA	
Correo electrónico:	EMGGERENCIA2018@GMAIL.COM				
Teléfono:	3208082788		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5453002 CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACION DE OLEODUCTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1080290331	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	4	26/05/2022	CC 12168967	GOMEZ UNI HUMBERTO	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.

B582776F53D9565EB5B7659D1C0F1112 Certificado impreso el día 5/25/2022 4:48:00 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): MIGUEL ANGEL FIGUEROA GOMEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 18103698, de la empresa CONSORCIO SAN SEBASTIAN 11-11-2021 está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 20/05/2022 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015304470.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de mayo de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 20/05/2022 02:30:10 p. m.
ISCDC: 20/05/2022 02:30:10 p. m.

Medellín, 18 de mayo de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GORDO BARREIRO EDUAR MAURICIO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PPAL		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C12170596	CAICEDO OSCAR GENTIL	19/05/2022		O2232140	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/05/2022 15:56:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.235.207.161, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nº. de Radicación:

Fecha de Radicación: 19 05 2021

158474171

(Las instrucciones que se encuentran al reverso antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades ✓

2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / B. Colectivo / D. De Oficio / B. Individual / . Beneficiario o Afiliado adicional / C. Institucional

3. Régimen: A. Contributivo ✓ / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ / B. Independiente / C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 01

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
Gentil	Caicedo	Oscar	

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

8. Número del documento de identidad: 12130596

9. Sexo: Femenino / Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 11 09 1980

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: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000 000

18. Residencia

Dirección: Cll 3 #14-30

Teléfono Fijo: 8752014

Teléfono Celular: 3185486243

Correo Electrónico: oscarcaicedonda@gmail.com

Municipio / Distrito: Ibagué

Zona: Urbana X / Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: Huila

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 o/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		

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

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

29. Nombre o razón social	30. Tipo documento de identificación	31. Número del documento de identificación	32. Tipo de aportante y régimen de Pensiones (si reporta por a EPS)
Gerardo Bonnero	NIT / TI / CE / CD / CC X / PA / DE	1080290331	

33. Ubicación
Dirección: Cll 9 # 30 - 50 | Teléfono Fijo:
Correo Electrónico: | Municipio / Distrito: Neiva | Departamento: Huila

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:
- [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 cambio de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad	Número 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	19 05 2022

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

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 inscripción 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
Oscar Genil Conceda

55. El empleador, aportante o apoderado 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 consta 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 consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
		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
Cuervo	Polanía	Francisco	Javier

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
CC	9340?000	

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el cotizante manifiesta la veracidad de la información y autorizaciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de radicación	Sector procedimiento
	E.P.S. Sanitas — RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN — 19 MAY 2022	

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1080290331	0	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
41-1	CALLE 22 SUR N 21 58 T4 APTO 502		3208082788		EDMAGOBA2@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-04	2022-04	23126348	I	2022-05-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	354.600	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	23126348	2022-05-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 1080290331	GORDO BARREIRO EDUAR MAURICIO	1.000.000																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	1.000.000	160.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.000.000	125.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.000.000	69.600	0,06960	0	0	0	0	0	57	0	354.600	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1080290331	0	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
41-1	CALLE 22 SUR N 21 58 T4 APTO 502		3208082788		EDMAGOBA2@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-04	2022-04	23126348	I	2022-05-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	354.600	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	23126348		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.000.000	1.000.000	1.000.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	160.000	0	0	0	160.000
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	160.000	0	0	0	160.000
EPS(Administradoras: 1)				1	125.000	0	0	0	125.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	125.000	0	0	0	125.000
ARP(Administradoras: 1)				1	69.600	0	0	0	69.600
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	69.600	0	0	0	69.600
Gran Total					354.600	0	0	0	354.600

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1080290331	0	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO	B	01	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
41-1	CLL 22 SUR 21 58 TR 4 APT 502		8740777		EDMAGOBA2@HOTMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-04	2022-05	23252664	E	2022-05-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	721.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
5	23252664	2022-05-09	Pagada							

PAGADO

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 83116819	SUAREZ ORDOÑEZ ANGEL ALBERTO	1.000.000	F	X															0			9	9	9	9	COLFONDOS-231001	300.000	48.000	0	0	SANITAS-EPS005	300.000	12.000	COMFAMILIAR DEL HUILA-CCF32	300.000	12.000	300.000	20.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	92.900	S
2	CC 83233083	GORDO LOSADA EUGENIO	1.000.000	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	MIN002 - ADRES-MIN002	1.000.000	40.000	COMFAMILIAR DEL HUILA-CCF32	1.000.000	40.000	1.000.000	5.300	0,00522	0	0	0	0	0	01	1	85.300	S
3	CC 1075241164	VALDERRAMA VARGAS MAIKOL ALEXANDER	1.000.000	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.000.000	160.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.000.000	40.000	COMFAMILIAR DEL HUILA-CCF32	1.000.000	40.000	1.000.000	5.300	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	245.300	S
4	CC 1080290676	SALAS ROJAS LEIDY KATHERINE	1.000.000	F	X															0			9	9	9	9	PORVENIR-230301	300.000	48.000	0	0	SANITAS-EPS005	300.000	12.000	COMFAMILIAR DEL HUILA-CCF32	300.000	12.000	300.000	20.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	92.900	S
5	CC 1080295816	AMEZQUITA CORTES SONIA ESPERANZA	1.000.000	F	X															0			25	25	25	25	PROTECCION-230201	833.334	133.400	0	0	EPS-S COMF HUILA-CCFC24	833.334	33.400	COMFAMILIAR DEL HUILA-CCF32	833.334	33.400	833.334	4.400	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	204.600	S

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1080290331	0	EDUAR MAURICIO GORDO BARREIRO	B	01	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
41-1	CLL 22 SUR 21 58 TR 4 APT 502		8740777		EDMAGOBA2@HOTMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-04	2022-05	23252664	E	2022-05-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	721.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
5	23252664		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.433.334	3.433.334	3.433.334	3.433.334	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				4	389.400	0	0	0	389.400
PROTECCION	230201	800229739	0	1	133.400	0	0	0	133.400
COLFONDOS	231001	800227940	6	2	208.000	0	0	0	208.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	48.000	0	0	0	48.000
EPS(Administradoras: 3)				5	137.400	0	0	0	137.400
MIN002 - ADRES	MIN002	901037916	1	1	40.000	0	0	0	40.000
EPS-S COMF HUILA	CCFC24	891180008	2	1	33.400	0	0	0	33.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	64.000	0	0	0	64.000
ARP(Administradoras: 1)				5	56.800	0	0	0	56.800
ARL SURA	14-11	890903790	5	5	56.800	0	0	0	56.800
CCF(Administradoras: 1)				5	137.400	0	0	0	137.400
COMFAMILIAR DEL HUILA	CCF32	891180008	2	5	137.400	0	0	0	137.400
Gran Total					721.000	0	0	0	721.000