

Medellín, 24 de junio 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 BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S 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 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1001947597	FLOREZ DE LA ROSA ALVARO JOSE	25/06/2022		91D21217	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 24/06/2022 10:46:47.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor ALVARO JOSE FLOREZ DE LA ROSA identificado con cédula de ciudadanía No. 1001947597 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

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

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

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALVARO JOSE FLOREZ DE LA ROSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.947.597**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio 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



No de Radicacion

4008490224

Fecha de Radicación

2/4/06/2/0/2/2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
FLOREZ Primer apellido		CC		DE LA ROSA Segundo apellido		ALVARO Primer nombre		JOSE Segundo nombre	
				1001947597		Femenino ☐ Masculino ☒		1/2/04/1/9/8/9	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PORVENIR FPC		1000000	
18. Residencia							
CL 113 90 02 Dirección		Telefono fijo		3023297341 Telefono celular		BETSYBURGOSM@GMAIL.COM Correo electronico	
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		ATLANTICO 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 completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento 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 documento de identidad		26. Número de identidad	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

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

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)	
		Urbana Rural							
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C MIREB BARRANQUILLA IPS SAS - MIREB BARRANQUILLA IPS SAS		MIREDBAR - MIREDBAR	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCI		NIT		900930904		01	
39. Ubicación		3119340 Teléfono		CONTABILIDADBYPILOTAJES@GMAIL.COM Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito	
CL 82 N 72 43 Dirección						ATLANTICO 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

VI. 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	
		Femenino ☐ Masculino ☐				2 5 0 6 2 0 2 2	
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 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

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: 1 Total: 1
- ☐ 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.

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 ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
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					
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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido FLOREZ	Segundo apellido (o de casada) DE LA ROSA	Primer nombre ALVARO	Segundo nombre JOSE
No de identificación 1001947597	Tipo de documento RC TI X CE PA	Fecha de nacimiento 1989 04 12	Sexo X F
			Fecha diligenciamiento 2022 06 24

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X NO**
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X NO**
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X NO**
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X NO**
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X NO**

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

Yo: ALVARO JOSE FLOREZ DE LA ROSA identificado con el documento de identidad número: 1001947597, **X NO** autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: ALVARO FLOREZ

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea gratuita de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser **total** **Salud Total** EPS



Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

Medellín, 24 de junio 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 BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S 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 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C73430296	BUELVAS BUELVAS DIOMAR	25/06/2022	10T14603	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 24/06/2022 10:40:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

20220622

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

4. Tipo de afiliado

5. Tipo de cotizante

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotizante - IBC

18. Residencia

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

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de Identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

Datos Complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Condición

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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)

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)

39. Ubicación

3119340

contabilidadbybpilotajes@gmail.com

BARRANQUILLA

ATLANTICO

900930904

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 REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Fecha de Nacimiento	42. Fecha
Número del documento de identidad		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	

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 de 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 beneficiario s o afiliado s 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

DIOMAR BUELVAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.430.296**

BUELVAS BUELVAS

APELLIDOS

DIOMAR

NOMBRES

Diomar

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1974**
EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

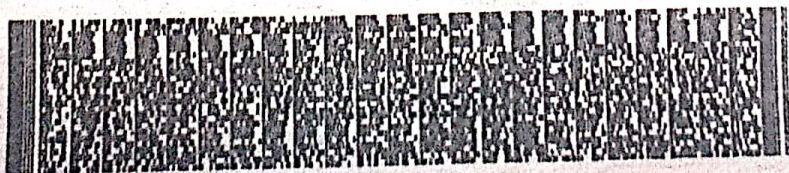
M

SEXO

21-JUN-1997 EL CARMEN DE BOLIVAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300100-00747995-M-0073430296-20150917

0046483374A 1

44654082

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor DIOMAR BUELVAS BUELVAS identificado con cédula de ciudadanía No. 73430296 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BUELVAS BUELVAS DIOMAR** identificado(a) con **CC** número **73.430.296** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de diciembre de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de junio de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022062410254

Medellín, 28 de junio 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 BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S 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 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1044910911	RODRIGUEZ HERNANDEZ EDWIN	29/06/2022		j1772341	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 28/06/2022 13:32:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor EDWIN RODRIGUEZ HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1044910911 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 28/06/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	24129386
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Adición de relación laboral
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2022-06-29
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1044910911
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	900930904
• FONDO DE PENSIÓN:	PROTECCION
• IBC:	\$1.000.000,00
• No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
 2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
 3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.
- Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 28 días del mes de Junio de 2022.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

@CoosaludEPS

@Coosalud_

@CoosaludEPSS

@coosaludeps



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ HERNANDEZ EDWIN** identificado(a) con **CC** número **1.044.910.911** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de junio de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022062813352

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		R-0628
	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO		Versión: 0

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/06/2022

INFORMACIÓN GENERAL DEL ACCIDENTE				
TIPO DE ACCIDENTE (Seleccione una opción):	LESIÓN	X	DAÑO	ACCIDENTE AMBIENTAL
FECHA DEL ACCIDENTE	CIUDAD	LUGAR	LABOR QUE DESEMPEÑABA	CONTRATO ASIGNADO
01/06/2022	BARRANQUILLA	OBRA CIÉNAGA DE MALLORQUIN	AJUSTE DE PERNOS	CONSORCIO JCO MALLORQUIN
INFORMACIÓN DEL INVOLUCRADO				
CEDULA	NOMBRE COMPLETO		CARGO	EDAD
11.444.618	BERMUDEZ RAMIREZ JUAN CARLOS		OFICIAL DE OBRA	42 AÑOS
FECHA DE INGRESO	EXPERIENCIA EN EL CARGO ACTUAL		TURNOS	DÍA DE TURNO
01/04/2022	20 AÑOS		DIURNO	MIÉRCOLES

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)							
FRACTURA	HERIDA	GOLPE	QUEMADURA	ESGUINCE	LUXACION	CORTADURA	
ELECTROUCIÓN	APLASTAMIENTO	INTOXICACIÓN	ASFIXIA	ESION EN OJO	CUERPO EXTRANO EN OJO	OTROS	

TIPO DE DAÑO (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)							
INSTALACIONES	VEHICULOS	EQUIPOS	MAQUINARIA	MATERIALES	EQUIPO DE OFICINA	OTROS	

ACCIDENTE AMBIENTAL (MARQUE CON UNA X EL COMPONENTE AFECTADO, SI APLICA)							
FLORA	FAUNA	SUELO	AGUA	AIRE			

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)							
CABEZA	OJOS	MIEMBROS SUPERIORES	MANOS	TRONCO	MIEMBROS INFERIORES	PIES	
ABDOMEN	CUELLO	TORAX	UBICACIONES MÚLTIPLES	LESIONES GENERALES	OIDO	X	OTROS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE			
CAIDA AL MISMO NIVEL	CAIDA EN ALTURA	CAIDA DE OBJETO	
CONTACTO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS	ATRAPAMIENTO	PISADAS, GOLPES O CHOQUES	
SOBRESFUERZO O FALSOS MOVIMIENTOS	ESPACIOS CONFINADOS	OTROS	NA

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)			
MAQUINARIA Y/O EQUIPO	MEDIO DE TRANSPORTE	HERRAMIENTAS	MATERIALES
AMBIENTE DE TRABAJO	ANIMALES	SUSTANCIAS QUÍMICAS	OTROS

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
Manifiesta el Sr. Juan Carlos Bermudez, que desde el día 26 de mayo de 2022 venia sintiendo molestias en su oído derecho, el día 01 de junio de 2022 comenzó a sentir mas fuerte el dolor de oído en horas de la noche siendo las 09:00 pm le sangra el oído y procede a limpiarselo; y decide acudir donde una vecina que es enfermera, quien le revisa el canal auditivo y le extrae un coágulo de sangre y un un resto de madera.

TESTIGOS (SI HUBO)			
TESTIGOS	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO
TESTIGO 1	GERMAN ECHEVERRIA	1.044.433.834	AYUDANTE DE OBRA
TESTIGO 2	JESUS FREYLE	12.448.524	AYUDANTE DE OBRA

ANÁLISIS DE CAUSAS	
El presente análisis de causas se realiza con base a la metodología TASC (Técnica de análisis sistematico de causas)	

CAUSAS INMEDIATAS	CAUSAS BÁSICAS
No existe causa asociada al trabajo teniendo lo siguiente: - De acuerdo a la versión entregada por el involucrado el día del evento 01/06/2022 el dolor de oído se presento a las 9:00 pm cuando ya se encontraba en su casa. - Adicional de acuerdo a la version del testigo una vecina del involucrado que es enfermera le introdujo un ganchito en el oído sacandole un coagulo de sangre.	No existe casusa asociada al trabajo. En historia clinica el medico tratante informa que de acuerdo a los resultados audiológicos, el señor presenta una hipoacusia bilateral mas acentuada en oído derecho y en examen fisico evidencia masa tipo granuloma.

RESUMEN DE CAUSAS (Las causas listadas, colocarlas en sus respectivos campos)

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		R-0628						
	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO		Versión: 0						
CAUSAS INMEDIATAS									
CONDICIÓN SUBESTANDAR		ACTOS SUBESTANDAR							
NA		NA							
CAUSAS BASICAS									
FACTORES DE TRABAJO		FACTORES PERSONALES							
NA		NA							
ACCIONES CORRECTIVAS									
ACCIONES	JERARQUIA DE CONTROLES						FECHA EJECUCION	AREA O PERSONA RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
	ELIMINAR	SUSTITUIR	REDISEÑAR	SEPARAR	ADMINISTRAR	EPP			
NA									
NA									
NA									
PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN									
NOMBRE					CARGO		FIRMA		
Wendy Diaz Canello					Analista SST		Canello		
Melissa Moran Curylo					Analista S. Social		Curylo		
DARGOIN RODRIGUEZ C					medico SST		Rodriguez		
Diana Dora Baeza					Presidente SST		Baeza		
ANEXOS (FOTOGRAFÍAS, PLANOS, DIAGRAMAS)									

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		R-0628
	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO		Versión: 0

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22/06/2022

INFORMACIÓN GENERAL DEL ACCIENTE					
TIPO DE ACCIDENTE (Seleccione una opción):		LESIÓN	X	DAÑO	ACCIDENTE AMBIENTAL
FECHA DEL ACCIDENTE	CIUDAD	LUGAR	LABOR QUE DESEMPEÑABA	CONTRATO ASIGNADO	
16/06/2022	BARRANQUILLA	CIENAGA DE MALLORQUÍN	TRANSPORTE DE MADERA	CONSORCIO JCO MALLORQUÍN	
INFORMACIÓN DEL INVOLUCRADO					
CEDULA	NOMBRE COMPLETO		CARGO	EDAD	
72.311.170	PEREZ DE LA HOZ YIMMIS		AYUDANTE DE OBRA	46 AÑOS	
FECHA DE INGRESO	EXPERIENCIA EN EL CARGO ACTUAL		TURNO	DÍA DE TURNO	
11/04/2022	10 AÑOS		DIURNO	JUEVES	

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)

FRACTURA	HERIDA	GOLPE	X	QUEMADURA	ESGUINCE	LUXACION	CORTADURA
ELECTROCUCION	APLASTAMIENTO	INTOXICACION		ASFIXIA	ESION EN OJO	CUERPO EXTRAÑO EN OJO	OTROS

TIPO DE DAÑO (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)

INSTALACIONES	VEHICULOS	EQUIPOS	MAQUINARIA	MATERIALES	EQUIPO DE OFICINA	OTROS	X
---------------	-----------	---------	------------	------------	-------------------	-------	---

ACCIDENTE AMBIENTAL (MARQUE CON UNA X EL COMPONENTE AFECTADO, SI APLICA)

FLORA	FAUNA	SUELO	AGUA	AIRE
-------	-------	-------	------	------

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES, SI APLICA)

CABEZA	OJOS	MIEMBROS SUPERIORES	MANOS	TRONCO	MIEMBROS INFERIORES	X	PIES
ABDOMEN	CUELLO	TORAX	UBICACIONES MULTIPLES	LESIONE GENERALES	OIDO		OTROS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

CAIDA AL MISMO NIVEL	CAIDA EN ALTURA	CAIDA DE OBJETO
CONTACTO CON SUSTANCIAS QUIMICAS	ATRAPAMIENTO	PISADAS, GOLPES O CHOQUES
SOBRESFUERZO O FALSOS MOVIMIENTOS	ESPACIOS CONFINADOS	OTROS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

MAQUINARIA Y/O EQUIPO	MEDIO DE TRANSPORTE	HERRAMIENTAS	MATERIALES	X
AMBIENTE DE TRABAJO	ANIMALES	SUSTANCIAS QUIMICAS	OTROS	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

El día 16 de junio de 2022, el Sr Yimmis Perez De La Hoz siendo aproximadamente las 09:45 am, se encontraba trasladando unos troncos de madera entre 4 personas con unos parales metalicos, había un trabajador de cada lado cuando llegan a la cienaga uno de los compañeros se resbala y suelta el tronco cayendole en la pierna izquierda a la altura de la rodilla.

TESTIGOS (SI HUBO)

TESTIGOS	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO
TESTIGO 1	JESUS FREYLE ALTAHONA	12.448.524	AYUDANTE
TESTIGO 2	NO HUBO	N/A	N/A

ANÁLISIS DE CAUSAS

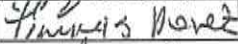
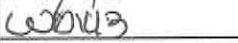
CAUSAS INMEDIATAS	CAUSAS BÁSICAS
29. Superficie irregular debido a las condiciones climaticas (Lluvia) y a las condiciones propias de la cienaga la zona es pantanosa. 19. Ayuda mecánica en mal estado, lo cual no permitió su uso y se produce el evento. 10. Levantar peso mayor al permitido.	9.2. Levantar maderos de aproximadamente 200 Kg sin utilizar ayuda mecánica dispuesta para la operación 6.2 Soltar el tronco de madera, sin medir las consecuencias que podría sufrir el compañero en apoyo de la actividad.

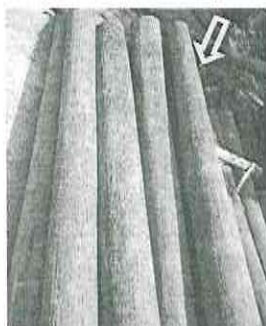
RESUMEN DE CAUSAS (Las causas listadas, colocarlas en sus respectivos campos)

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	R-0628
	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Versión: 0
CAUSAS INMEDIATAS		
CONDICIÓN SUBESTANDAR		ACTOS SUBESTANDAR
29. Condiciones ambientales peligrosas		10. Levantamiento inadecuado
19. Herramienta, equipo o material defectuosos		
CAUSAS BASICAS		
FACTORES DE TRABAJO		FACTORES PERSONALES
9.2 Consideración inadecuada de factores ergónomicos / humanos		6.2 Práctica insuficiente
11.1 Prevención inadecuada		

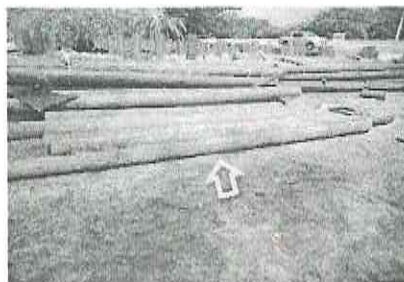
ANÁLISIS DE CAUSAS-METODOLOGÍA 5 POR QUÉ.

1	¿Por qué?	1. Golpe en rodilla izquierda.							
2	¿Por qué?	2. Se encontraban realizando el transporte de un tronco de madera sin la ayuda del telehandler, adicional la zona estaba fangosa lo que ocasiona que el compañero se resbale, suelte el tronco y caiga en la rodilla al compañero							
3	¿Por qué ?	3. El telehandler se encontraba inoperativo por lo que el traslado se hizo manual y adicional debido a las lluvias constantes y las condiciones propias de la cienaga el area estaba fangosa							
	¿Por qué ?	4. Presentaba fallas en el motor por lo que se encontraba en mantenimiento.							
4	¿ Por qué?								
ACCIONES CORRECTIVAS									
ACCIONES	JERARQUIA DE CONTROLES						FECHA EJECUCION	AREA O PERSONA RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
	ELIMINAR	SUSTITUIR	REDISEÑAR	SEPARAR	ADMINISTRATIVO	EPP			
1. Divulgación de la lección aprendida AT * Autocuidado * Trabajo en Equipo * Coordinación de actividades * Identificación de peligros					X		21/06/2022	TEMPOCOLBA	CUMPLIDO
2. Capacitación en prevención de caídas al mismo nivel *Prevención de resbalones, tropiezos y caídas					X		21/06/2022	TEMPOCOLBA	CUMPLIDO
3. Garantizar el mantenimiento correctivo y preventivo del Telehandler.					X		31/07/2022	JCO MALLORQUIN	ABIERTO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	R-0628
	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Versión: 0
PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Diego Loza Becerra	Residente SST	
Yamiris Perez	Coordinadora	
Helissa Montes Gargallo	Analista S. Social	
Wendy Ruiz Cancino	Analista SST	
ANEXOS (FOTOGRAFÍAS, PLANOS, DIAGRAMAS)		



1. Maderos utilizados en el proceso.



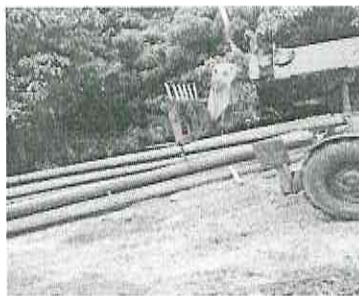
2. Almacenamiento temporal de maderos.



3. Madera transportado al momento del AT.



4. Ayuda mecánica utilizada para el transporte de maderos.



5. Procedimiento de traslado utilizando ayuda mecánica.



5. Grosor de la madera utilizada.

Medellín, 24 de junio 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 BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S 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 PRINCIPAL ATLANTICO	Clase:	5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1048332619	HERRERA FERRER JOSE DANIEL	25/06/2022		92020271	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 24/06/2022 10:38:01.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor JOSE DANIEL HERRERA FERRER identificado con cédula de ciudadanía No. 1048332619 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/06/2022, el empleador BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES identificado con NIT número 900930904 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4577106	24/06/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1048332619	JOSEDANIEL HERRERA FERRER	1000000	AYUDANTE DE OBRA	2022-06-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Junio del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

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

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

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE DANIEL HERRERA FERRER, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.048.332.619**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 24 de junio 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 BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S 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 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1045713541	DISCUVICHE SANCHEZ MARLON ORLANDO	25/06/2022	9347h282	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 24/06/2022 10:48:51.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor MARLON ORLANDO DISCUVICHE SANCHEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1045713541 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

**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:

MARLON ORLANDO DISCUVICHE SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.713.541**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio 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



No de Radicacion

4008490233

Fecha de Radicación

2/4/06/2/0/2/2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☒ - Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
DISCUCICHE Primer apellido		CC		SANCHEZ Segundo apellido		MARLON Primer nombre		ORLANDO Segundo nombre	
				1045713541		Femenino ☐ Masculino ☒		0/9/01/11/9/8/6	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PORVENIR FPC		1000000	
18. Residencia							
CL 114 9 12 Dirección		Telefono fijo		3116406998 Telefono celular		MARLONDISCUCICHE@GMAIL.COM Correo electronico	
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		ATLANTICO 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 completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento 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		B6	
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1		B2	
B3		B4	
B5		B6	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

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)	
		Urbana Rural							
B1		B2		B3		B4		B5	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS BOULEVAR - VS UOD PRADO		VSBOULEVAR - VSUODPRADO	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCI		NIT		900930904		01	
39. Ubicación		3119340 Teléfono		CONTABILIDADBYPILOTAJES@GMAIL.COM Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito	
CL 82 N 72 43 Dirección						ATLANTICO 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

VI. 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	
		Femenino ☐ Masculino ☐				2 5 0 6 2 0 2 2	
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 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

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. 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.

X. 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
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			
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.

Medellín, 24 de junio de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

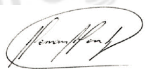
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1003563945	MEJIA HERNANDEZ OMAR DANIEL	25/06/2022		jN819023	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 24/06/2022 10:44:15.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.0.80, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Barranquilla, Junio 28 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor OMAR DANIEL MIJIA HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1003563945 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2



* 0 1 B 1 5 1 6 4 6 8 1 *

RET COMFACOR



* 0 1 0 9 1 0 9 8 4 1 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO	
CO Cotizante ☒	CF Cabeza de Familia ☐	BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐
D. Independiente por prestación de servicio ☐		FECHA DE LA SOLICITUD		25 06 2022	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
		MEJIA		HERNANDEZ		OMAR		DANIEL	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO			
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		1003563945		F		62 05 1998			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
		Tipo F N M Condición T P							
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO	
				C/ 87 # 109 A - 47					
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		ZONA		TELÉFONO FIJO		CÓDIGO IPS	
B / UWA		ATUNTICO		U. R.					
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO							
3016009138									

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social		36. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
BETRAN Y BETRAN PILOTAJE		R		900930904					
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO	
CAVE 82 # 72 - 43		B / UWA		ATUNTICO		3119340			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO		SALARIO					
25 06 2022		AYUDANTE		\$ 1.000.000					

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		A) MISMO RÉGIMEN ☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐	
Código ☐				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐				18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR		44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	
DÍA MES AÑO		Código		COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVIDO AVALUADO POR SNS			
		COMFACOR					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐

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. Anexo soporte de la Entidad ☐

49. Declaración de no intermediación 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

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PE 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 el 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 SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad					

OBSERVACIONES: