

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DARWUIN JOSE ECHEVERRIA BLANCO identificado(a) con C.C No. 72.228.891, 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 13 de junio 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE LA HOZ ECHEVERRIA EUGENIO ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **72.310.604** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2005 y sus recursos se encuentran en el **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

2022062815010

**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:

LUIS ALBERTO POLO ECHEVERRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.295.835**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.



**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:

JULIO CESAR MUÑOZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.126.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Junio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR HERRERA ROCHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72201644**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Medellín, 13 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 SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72228891	ECHEVERRIA BLANCO DARWUINJOSE	13/06/2022		25114115	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612216443547

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 13/06/2022 12:05:47.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.2, 172.16.42.57

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 SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72310604	DE LA HOZ ECHEVERRIA EUGENIO ENRIQUE	28/06/2022		L5863168	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612217957582

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 15:59:42.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.2, 172.16.42.57

Medellín, 30 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 SERV TIEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72295835	POLO ECHEVERRIA LUIS	30/06/2022		12813027	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612218141731

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 30/06/2022 11:35:31.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.2, 172.16.42.57

Medellín, 06 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 SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C85126442	MUÑOZ GUTIERREZ JULIO	02/06/2022		24209X35	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612215740619

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 06/06/2022 11:16:59.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.2, 172.16.42.57

Medellín, 30 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 SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C72201644	HERRERA ROCHA JULIO CESAR	30/06/2022		H1351213	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612218141536

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 30/06/2022 11:32:16.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.2, 172.16.42.57

FECHA DE GENERACIÓN

15/06/2022

NÚMERO DE RADICADO

10572644

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

72228891

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

DARWUIN ECHEVERRIA BLANCO

DIRECCIÓN

CL 13 12 40

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

NO ESPECIFICADO

TELÉFONO

3000000

CELULAR

3052836861

CORREO ELECTRÓNICO

NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO

1976/09/06

ESTADO CIVIL

SOLTERO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

OFICIAL DE CARPINTERIA METALICA

SUELDO

\$1.200.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/06/13

FECHA DE RECIBO

2022/06/ 15

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



FECHA DE GENERACIÓN

28/06/2022

NÚMERO DE RADICADO

10577405

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

72310604

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

EUGENIO ENRIQUE DE LA HOZ ECHEVERRIA

DIRECCIÓN

CL 13 A 7 A 60

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

NO ESPECIFICADO

TELÉFONO

3754489

CELULAR

3107221354

CORREO ELECTRÓNICO

NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO

1975/10/16

ESTADO CIVIL

CASADO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

TIPO DE VIVIENDA

ARRENDADA

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/06/28

FECHA DE RECIBO

2022/06/ 28

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD
1	RC41990767	JUAN DAVID DE LA HOZ HERRERA	HIJO	MASCULINO	2009/04/04	N
2	RC30242721	DEIVIS ENRIQUE DE LA HOZ HERRERA	HIJO	MASCULINO	2000/05/27	N

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



VIGILADO SuperSubsidio

FECHA DE GENERACIÓN

30/06/2022

NÚMERO DE RADICADO

10578181

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

72295835

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

LUIS ALBERTO POLO ECHEVERRIA

DIRECCIÓN

CL 8 8 62

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

LA PLAYA

TELÉFONO

0

CELULAR

3005106386

CORREO ELECTRÓNICO

NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO

1983/10/04

ESTADO CIVIL

UNION LIBRE

NIVEL EDUCATIVO

SECUNDARIA

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/06/30

FECHA DE RECIBO

2022/06/ 30

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.

FECHA DE GENERACIÓN

08/06/2022

NÚMERO DE RADICADO TIPO DE AFILIADO

10569635 DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT EMPRESA

802010216 TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No. TIPO DE DOCUMENTO NOMBRE COMPLETO

85126442 CEDULA DE CIUDADANIA JULIO MUNOZ GUTIERREZ

DIRECCIÓN MUNICIPIO BARRIO

CL 112 82 74 BARRANQUILLA ADELITA DE CHAR

TELÉFONO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

3002913 3002913991 NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL NIVEL EDUCATIVO TIPO DE VIVIENDA

1971/02/08 SOLTERO TECNICO OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA SUELDO ESTADO DE AFILIACIÓN

CARPINTERO \$1.200.000 ACTIVO

HORARIO LABORAL FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA FECHA DE RECIBO

TIEMPO COMPLETO 2022/06/02 2022/06/08

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No. TIPO DE DOCUMENTO NOMBRE COMPLETO

- - -
FECHA DE NACIMIENTO SEXO NIVEL EDUCATIVO SUELDO
- - - \$0

CARGO U OFICIO EMPRESA NIT

- - -

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP DOCUMENTO NOMBRE COMPLETO CLASE SEXO F. NACIM. DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



FECHA DE GENERACIÓN

30/06/2022

NÚMERO DE RADICADO **TIPO DE AFILIADO**

10578176 DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT **EMPRESA**

802010216 TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No. **TIPO DE DOCUMENTO** **NOMBRE COMPLETO**

72201644 CEDULA DE CIUDADANIA JULIO CESAR HERRERA ROCHA

DIRECCIÓN

CL 8 7A 22

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

PRIMERO DE MAYO

TELÉFONO

3265786

CELULAR

3012344059

CORREO ELECTRÓNICO

jchr_1973@live.com

FECHA DE NACIMIENTO

1973/12/04

ESTADO CIVIL

SOLTERO

NIVEL EDUCATIVO

TECNICO

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/06/30

FECHA DE RECIBO

2022/06/ 30

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No. **TIPO DE DOCUMENTO** **NOMBRE COMPLETO**

22591346 CEDULA DE CIUDADANIA ESMERALDA ESTHER MARTINEZ JARABA

FECHA DE NACIMIENTO

1982/02/01

SEXO

FEMENINO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

DESCONOCIDO

EMPRESA

NO AFILIADO

NIT

0

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD
1	RC40590799	JIREH JULIANA HERRERA MARTINEZ	HIJO	FEMENINO	2007/03/19	N
2	RC52757337	JUBENIT ESTER HERRERA MARTINEZ	HIJO	FEMENINO	2012/08/01	N

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4008473586

Fecha de Radicación

2|2|0|6|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	
ECHEVERRIA Primer apellido		CC		BLANCO Segundo apellido		Femenino ☐ Masculino ☒		0 6 0 9 1 9 7 6	
DARWUIN Primer nombre		JOSE Segundo nombre							

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.				COLFONDOS		1000000	
18. Residencia							
CL 13 12 40 Dirección		Telefono fijo		3052836861 Telefono celular		DARWUINE@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 Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1		B2		B3		B4	
B5							
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 Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS PRESTIGE - OSTOTAL SAS BOULEVARD CP		VSPRESTIGE - OSTOTALSB	
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)	
TEMPO COLBA		NIT		802010216		01	
39. Ubicación		3185373 Teléfono		INFORMATICA@GRUPOCOLBA.COM.CO Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito	
CR 52 72 61 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

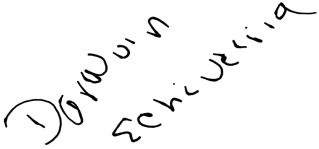
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
		Femenino ☐ Masculino ☐				1 3 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		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.



Empresa Solidaria de Salud
NIT 805.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

28/06/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de 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)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer apellido: De la Hoz Segundo apellido: Echevarría	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 72.310.604	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 18/10/1975
--	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura ARL	16. Administradora de Pensiones Protección	17. Ingreso base de cotización - IBC 1000.000	
18. Residencia Dirección: Calle 13A # 2A-60 Municipio/Distrito: Puerto Colombia Zona: Urbana ☒ Rural ☐	3185373 Teléfono Fijo 3006853199 Teléfono Celular la playa Localidad/Comuna	Correo electrónico 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 Primer apellido: Segundo apellido:	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
---	---	--	--	--

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F N M	Condición T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social TEMPOCOLBA SA	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 802010216	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Cra 50 No. 72 - 61	3185373 Teléfono	Correo electrónico	BARRANQUILLA ATLANTICO Municipio/Distrito Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
☐ 6. Reinscripción en la EPS.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo.
☐ B. Régimen Subsidiado.
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen.
☐ B. Diferente Régimen.
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	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 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. El cotizante, 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
☐ 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 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4008506559

Fecha de Radicación

31/01/2012

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 ☒	A. Contributivo ☒	
		B. Colectiva ☐	- Beneficiario afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐
				(a registrar por la EPS) 1	

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
POLO Primer apellido		CC		ECHEVERRIA Segundo apellido		72295835		LUIS Primer nombre	
						Femenino ☐		Masculino ☒	
								ALBERTO Segundo nombre	
								04/11/0119/83	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINM		Condición TIP			
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		PORVENIR FPC		1000000			
18. Residencia		3185373		3005106386		NOTIENE@GMAIL.COM	
CR 10 8 86 Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico	
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒		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		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
						Femenino ☐		Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1						Femenino		Masculino	
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
B1				F		N	
B2				M		T	
B3						P	
B4							
B5							
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1		Urbana					
B2		Rural					
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		VSBOULEVAR - DENTCLASS	
B		VSBOULEVAR - DENTCLASS	
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)	
TEMPO COLBA		NIT		802010216		01	
39. Ubicación		INFORMATICA@GRUPOCOLBA.COM.CO		BARRANQUILLA		ATLANTICO	
CR 52 72 61 Dirección		3185373 Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	

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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		31/01/01612101212			
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 <i>Luis Polo</i>	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio <i>Glories Guerra</i>
--	--

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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
☐	☐	☐	☐	☐			
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.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

03062022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer apellido: YUMBOZ Segundo apellido: GUTIERREZ	Primer nombre: JULIO Segundo nombre:	Femenino ☐ Masculino ☒	08/02/1991	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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 cotización - IBC	
18. Dirección	19. Teléfono Fijo	20. Teléfono Celular	21. Correo electrónico
Calle 112 # 82-34	3002913991	Las Flores	Atlantico
Municipio/Distrito: Barranquilla	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido: Segundo apellido:	Primer nombre: Segundo nombre:	Femenino ☐ Masculino ☐		

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
Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	Femenino Masculino			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	Municipio/Distrito: Zona: Urbana Rural Departamento: Teléfono Fijo y/o celular:	
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPOCOLBA SA	NIT	802010216	
39. Ubicación	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/Distrito
Cra 50 No. 72 - 61	3185373		BARRANQUILLA ATLANTICO

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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo.
☐ B. Régimen Subsidiado.
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen.
☐ B. Diferente Régimen.
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 02/06/2022
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones Combarranquilla	

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 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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>x</i> Julio Muñoz	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio <i>x</i> Julio Muñoz
--	--

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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Tipo documento de identidad Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario 1143119371	

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488221802	31/07/2015

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: 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) 1	

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres HERRERA		ROCHA		JULIO		CESAR	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 72201644	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 04/12/1973	11. Estado Civil SOLTERO (A)	EPS anterior		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia	13. Discapacidad Tipo: F N M Condición: I P	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA ARL	16. Administradora de pensiones COLPENSIONES	17. Ingreso base de cotizante - BIC 1000000
18. Residencia Dirección: KRA 132 NO 35 55 Municipio/Distrito: BARRANQUILLA	19. Teléfono Fijo: 3137577080 Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Municipio/Distrito: LAS PALMERAS	20. Correo Electrónico: jchr_1973@live.com Localidad / Comuna: ATLANTICO Departamento: ATLANTICO

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. N° del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento		24. Dirección	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		D D M M A A A A		Código IPS (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Departamento		Teléfono fijo		Celular			

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 Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de Nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		D D M M A A A A	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M Condición: I P		32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia		Zona		Municipio / Distrito		Departamento		Teléfono Fijo		Celular	
B1		U	R								
B2		U	R								
B3		U	R								
B4		U	R								
B5		U	R								

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	SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA I.P.S. S.A.S.	224	
B			
D			

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 SERVICIOS TEMPORALES DE COLOMBIA		36. Tipo de documento de identificación N		37. Número del documento de identificación 802010216		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación KRA 50 NO 72 61		39. Teléfono 3185373		Correo Electrónico segsocialtempocolba@grupocolb		Municipio/Distrito BARRANQUILLA	
Dirección		teléfono		correo electrónico		Municipio/Distrito	
						ATLANTICO	
						Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de los 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 Subsidado
 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
 15. Reporte de fallecimiento.
 16. Reporte del trámite de pre-pensionado.
 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 del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	46. Fecha de nacimiento
			30/06/2022

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 a del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente 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 1591 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 la familia o beneficiario. *Javier Arango*
 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. *Gloria Berro*

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ☐ II ☐ PA ☐ CD ☐ 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 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 departamento	67. Datos del SISREN	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	D D M M A A A A
Código del Municipio		Número de Ficha			69. Fecha de Validación	D D M M A A A A
70. Nombre del funcionario que realiza la validación						
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
Tipo de 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.

VERIFICADO
30/06/2022