



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	BOTINA RIASCOS CHRISTIAN ERMEL
IDENTIFICACIÓN:	CC 6228482
INICIO VIGENCIA:	04/10/2021
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	SUPERVISOR DE TALENTO HUMANO
SALARIO:	1.700.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,98

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S
CC/NIT:	NI 830129289
CONTRATO:	1118380
SEDE:	ADMINISTRACIÓN RIESGO 1
CENTRO DE TRABAJO:	PUERTO ARIMENA DRINOQUIA OP 5
INICIO VIGENCIA:	01/07/2017
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 04 días del mes de octubre del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 04/10/2021 16:45:15. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Leer atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. REGIMEN	
A. Afiliación	B. Reporte de NOVEDADES	A. Individual	B. Colicante o cabeza de familia	C. Beneficiario o afiliado adicional	B. Colectiva	C. Institucional	D. De oficio
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE CITIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Colicante	CF Cabeza de Familia	BE Beneficiario	A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	DDA	MEC

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Botina Riascos		Botina		Riascos		Cristhian		Emel	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO		11. CÓDIGO IPS	
C.C. T.I. ☒ C.E. P.A. C.N. C.C.		6228482		F ☒ M ☐		15 / 02 / 1981			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
Tipo		Cambio		Zona		LOCALIDAD / COMUNA	
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		19. LOCALIDAD / COMUNA	
CERES		Vereda puente arimera km7		Zona		CARTAGO	
CUBO / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL	
puerto garzón		meta		3216588634		CORREO ELECTRÓNICO	
						superlativo15@gmail.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o conviviente (x) o beneficiario del colicante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		23. FECHA NACIMIENTO		CÓDIGO IPS	
C.C. C.E. P.A. C.N. C.C.				F ☐ M ☐					

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		27. SEXO		28. FECHA DE NACIMIENTO		29. PRESTIJO		30. DISCAPACIDAD	
31. DATOS DE RESIDENCIA		32. VALOR UPE APL/ RPD ADICIONAL		33. Número de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)		NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL					
Ciudad / Municipio		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil					
1		2		3		4		5		6			

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

34. Nombre a Razón Social		35. Tipo documento de identidad		36. Número documento de identidad		37. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
Sonacol sas		C.C. C.E. P.A. C.N. C.C.		830.129.289		D.O.	
38. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		Bogotá		Cundinamarca		3456777	
Cra. 86 No 51 - 65							
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		04 / 10 / 2021		CARGO		SALARIO	
				supervisor de talento humano		1.700.000	

VII. REPORTE DE NOVEDADES

46. TIPO DE NOVEDAD		47. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		48. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		A. FICHA DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		B. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SESGAR COTIZANDO		B) AL REGIMEN SUBSISTENTE	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C. PERICULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		C) MISMO REGIMEN	
4. ACTUALIZACIÓN NO CORREGIDA DE DATOS COMPLEMENTARIOS		D. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		D) DIFERENTE REGIMEN	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS				E) REPORTE DE FALLECIMIENTO	
6. INSCRIPCIÓN EN LA EPS				F) REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL DESARTE	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				G) REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
				H) REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	

VIII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
50. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		51. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52. SEXO		53. FECHA NACIMIENTO		54. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	
C.C. T.I. ☒ C.E. P.A. C.N. C.C.				F ☐ M ☐					
55. FECHA (a partir de)		56. EPS ANTERIOR		57. MOTIVO DE TRASLADO		58. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES			
DDA		Código		Código		Código			

IX. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Acreditación de convivencia: Declaro que convivo con el/los Señal(es)		Identificación con		No	
(debe ir de la mano del/los Señal(es) del/los)					
49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el/los beneficiarios y afiliados adicionales dependen económicamente de mí.					
50. Declaración de no existencia de acciones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad					
51. Declaración de no existencia de acciones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad					
52. Autorización para que la EPS envíe y reciba datos y copia de la historia clínica del colicante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.					
53. 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 lo requieran.					
54. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del colicante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1277 de 2012.					
55. Autorización para que la EPS envíe información al sistema de atención al ciudadano como mecanismo de control.					

X. FIRMAS

56. Firma de colicante, cabeza de familia o beneficiario		57. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio	
Cristhian Botina		Cristhian Botina	

XI. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad:		C.C. T.I. ☒ C.E. P.A. C.N. C.C.		Total	
59. Copia del documento de discapacidad presentado en la entidad competente.					
60. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, o de la constancia o sentencia judicial que declare la unión marital.					

Yo, Pastor Emilio Botina Masco identificado (a) con ☒ C.C. ☐ E.I. ☐ Otro: 6218482
 número 6218482 de Cali, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes ☒ Sí ☐ No
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS ☒ Sí ☐ No
3. Lei el contenido de la carta de derechos y deberes ☒ Sí ☐ No
4. Lei el contenido de la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas ☒ Sí ☐ No

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al
 teléfono celular No. _____
 y/o correo electrónico _____
☒ Sí ☐ No

Cordialmente,
 Firma: Pastor Emilio Botina Masco
 Tipo ID: CC No. ID: 6218482
 Fecha (dd/mm/aaaa): 04-10-2021
 Dirección: Puerto Armenia
 Tel: 3216388834 Municipio Pto. Gaitan
 Departamento: Mera



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio _____
 Departamento: _____

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y terminos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que nos
 NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____
 Código: _____ Oficina _____



Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A., para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms (short message service), correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien está encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Antes de constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, obsoletos, relacionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de información con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeeps.com.co
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Línea Gratuita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá: 307 7022
 Conmutador: (57 + 1) 4193000
 Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A - 56 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, será utilizada por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de información únicamente para los fines específicos relacionados con administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento, información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

FORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VINCULACIÓN	SI	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	NO
Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐				Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐		
Preescolar ☐ Medio académico o técnico (bachillerato técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐				Inicio Contrato		Fin Contrato			



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CRISTHIAN ERMEL BOTINA RIASCOS identificado(a) con C.C No. 6.228.482, 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 02 de octubre del 2021.

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



El futuro
es de todos

Colpensiones
de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

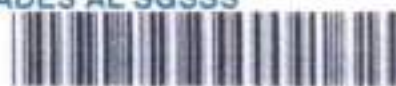
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OSCAR ARMANDO SANTACRUZ MORA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **98325177**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2011** 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 19 de octubre de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
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.



152189267

(Leer las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE			
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación	
A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		C. Colizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio	
A. Individual B. Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		3. Régimen	
		A. Contributivo B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Colizante	
A. Colizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado	
		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del colizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Santacruz	Flora	Oscar	Armando
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad	
CN TI CE CD RC CC PA SC ☒		9. Sexo	
		Femenino Masculino ☒	
		10. Fecha de nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Otras Personeas			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
		17. Ingreso base de cotización - IBC	
		1.450.000	
18. Residencia			
Dirección			
Vda. Puente Armero Puerto Gaitan			
Teléfono Celular			
31475166			
Correo Electrónico			
Oscar.santacruz@hotmail.com			
Municipio / Distrito			
Villavieja			
Zona			
Urbana ☒ Rural			
Localidad / Comuna			
Teta			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de identificación del Conyuge o compañero(a) permanente colizante			
19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
CN TI CE CD RC CC PA SC			
		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			

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

Datos Complementarios			
29. Etnia	30. Discapacidad	31. Datos de Residencia	
	Tipo Condición	Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		
C		
B		

32. Nombre o razón social Consorcio sd Viçnocha	35. Tipo documento de identificación NIT X TI CC PA CC CD	37. Número del documento de identificación 901529301	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS)
39. Ubicación Dirección Cy 86 # 51-66	Teléfono Fijo		
Código Electrónico	Municipio (Distrito) Macota	Departamento Macota	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 3. Actualización del documento de identidad	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐ 15. Reporte de fallecimiento
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
Código	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
☒ 6. Reinscripción en la EPS	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 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	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
			Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD AC CC PA SC		Femenino Masculino		25/10/2021

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no internación del cesante, 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 cesante 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 lo requieran. ☐ 52. Autorización para que la EPS mantenga los datos personales del cesante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2010 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 cesante, cabeza de familia o beneficiario Chen Santacruz	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio [Firma]

IX. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad. Cédula TOTAL ☐ 57. Copia del documento 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 renuncia de los padres o la declaración suscrita por el cesante 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 REGISTRADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL	
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha Puntaje Nivel
68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

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

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
		28 OCT 2021

Observaciones: Soportes creación empresa Formulario # 15286242	
--	--

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones sustentadas en el capítulo III del formulario.	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación
	Sticker procesamiento



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	BOTINA RIASCOS CHRISTIAN ERMEL
IDENTIFICACIÓN:	CC 6228482
INICIO VIGENCIA:	04/10/2021
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	SUPERVISOR DE TALENTO HUMANO
SALARIO:	1.700.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,98

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S
CC/NIT:	NI 830129289
CONTRATO:	1118380
SEDE:	ADMINISTRACIÓN RIESGO 1
CENTRO DE TRABAJO:	PUERTO ARIMENA DRINOQUIA OP 5
INICIO VIGENCIA:	01/07/2017
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 04 días del mes de octubre del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 04/10/2021 16:45:15. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

1. He recibido la carta de derechos y deberes ☒ Sí ☐ No
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS ☒ Sí ☐ No
3. Lei el contenido de la carta de derechos y deberes ☒ Sí ☐ No
4. Lei el contenido de la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Sí ☐ No
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas ☒ Sí ☐ No

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico _____
☒ Sí ☐ No

Cordialmente,
 Firma: Pastor Emilio Botina Nascos
 Tipo ID: CC No. ID: 6218482
 Fecha (dd/mm/aaaa): 04-10-2021
 Dirección: Puerto Armenia
 Tel: 3216388834 Municipio Pto. Gaitan
 Departamento: Mera



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
 Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio _____
 Departamento: _____

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y terminos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que nos NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
 Asesor: _____
 Código: _____ Oficina _____



Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms (short message service), correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien está encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Antes de constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, obsoletos, relacionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de información con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, en la solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeeps.com.co
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Línea Gratuita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá: 307 7022
 Conmutador: (57 + 1) 4193000
 Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A - 56 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, será utilizada por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de información únicamente para los fines específicos relacionados con administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento, información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

FORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VINCULACIÓN	SI	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	NO
Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐									
Preescolar ☐ Medio académico o técnico (bachillerato técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐									
Posición Ocupacional: ☐ Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabajo por su Cuenta ☐									
Inicio Contrato ☐ Fin Contrato ☐									



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CRISTHIAN ERMEL BOTINA RIASCOS identificado(a) con C.C No. 6.228.482, 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 02 de octubre del 2021.

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



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1118380
RAZON SOCIAL	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S
IDENTIFICACION:	NI 830129289

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
79271484	2021-10-6	CC 10185716
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
GARCIA GUEVARA	MULIVATH EULICE	1978-9-1
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
mz 22 lote 306 - 1		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CUCUTA - Norte de Santander	garcia.movier@gmail.com	3456777
Celular	Sexo	
3103022482	Femenino	
Cargo	Salario	EPS
✓ INSPECTOR DE OBRA	\$2,800,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	PUERTO ARIMENA ORINOQUIA OP 5	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2021-10-6	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



**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:

MILLIVATH EULICE GARCIA GUEVARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.185.716**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.



La presente certificación se expide el 28 de Septiembre del 2021.

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 S.A. - NIT 800.144.331-3

Filial de **Grupo AVAL**

MILLIVATH EULICE GARCIA GUEVARA
INSPECTOR DE OBRA,



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1118380	
RAZON SOCIAL	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S	
IDENTIFICACION:	NI 830129289	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
79271452	2021-10-6	CC 79590847
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
NUR RANGEL	LEONARDO ALFONSO	1971-2-22
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CRA 2 A 66 52		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
MEDELLIN - Antioquia	LEONUR28@GMAIL.COM	3456777
Celular	Sexo	
3118434700	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
DIRECTOR DE OBRA	\$9,000,000.00	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
AFP	Centro de Trabajo	
Colpensiones	PUERTO ARIMENA DRINOQUIA OP 5	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.95	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2021-10-6	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



la
protección
de
datos
de
los
colombianos.aspx)

INFORMACIÓN BÁSICA

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo	Fecha de Corte	2021-10-01
CC 7959547	LEONARDO	ALFONSO	N.R.	RANDOL	M		

AFILIACIÓN A SALUD

No se han reportado afiliaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-10-01

AFILIACIÓN A PENSIONES

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estatus de Afiliación	Fecha de Corte	2021-10-01
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COPEMIONES		2014-06-14 - Activo cotizante		

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Administradora	Fecha de Afiliación	Estatus de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Laboral	Fecha de Corte	2021-10-01
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2021-04-13	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN GENERAL INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL.	Bogotá D.C. - BOGOTÁ		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-10-01

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estatus de Afiliación	Municipio Laboral	Fecha de Corte	2021-09-30
CESANTIAS ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2019-03-19	VIGENTE	Bogotá D.C. - BOGOTÁ		

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-10-01

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-09-30



EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUE DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Cra. 13 # 22 - TL, Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 338 5060, Fax: (57-1) 338 5069.

Fecha: 10/02/2021 9:08:11 AM

Pág. 1

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
(mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso:
http://Documentos/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf
Última Actualización: martes, 05 de octubre de 2021

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

http://www.minsalud.gov.co/Documentos/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf
Última Actualización: martes, 05 de octubre de 2021

CC 10185780	MELANDI	EULIDE	GARCIA	ABREYRA	II	
AFILIACIÓN A SALUD					Fecha de Corte	2021-10-01
Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	datos- de- los- colombianos.aspx)	Departamento -> Municipio: SANTA MARTA
E.P.S. SANITAS	Contributivo	01/09/2019	Activo	COTIZANTE		
AFILIACIÓN A PENSIONES					Fecha de Corte	2021-10-01
Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación			
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	1987-01-01	Retirado			
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2015-07-01	Activo cotizante			
AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES					Fecha de Corte	2021-10-01
Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2014-12-05	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MAYOR DE CITROS, PRODUCTOS INTERMEDIOS MCP	Nario de Santander - LOS PATIOS		
Seguros de Vida Sumatransure	2021-06-01	Activo	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Meta- PUERTO GAITAN		
CA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2012-01-05	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE ACTIVIDADES DE DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, AGROMENSURA Y DE EXPLORACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO TECNICO COMO EL DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN LAS OBRAS)	Bogotá, D.C. - BOGOTÁ		
AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR					Fecha de Corte	2021-10-01
Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cobierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE PENALCO DEL TOLIMA - COMPENALCO	2009-06-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente		
AFILIACIÓN A CESANTIAS					Fecha de Corte	2021-08-31
Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora		
CESANTIAS ESPECIAL	COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2016-02-12	VIGENTE			
CESANTIAS ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2018-02-09	VIGENTE	Bogotá, D.C. - BOGOTÁ		
PENSIONADOS					Fecha de Corte	2021-10-01
No se han reportado pensiones para esta persona.						
VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL					Fecha de Corte	2021-08-31
No se han reportado vinculaciones para esta persona.						



EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Cra. 13 # 22 - 7L, Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 338 5000, Fax: (57-1) 338 5000

Fecha: 10/5/2021 9:11:22 AM

Pág.1

Commutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minisabud.gov.co
(mailto:notificacionesjudiciales@minisabud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso:
(/Documentos/Ministerio/Terminos%20y%20condiciones%20de%20uso%20de%20portal%20web- Octubre%202012x.pdf) (9/10/2021)
Última Actualización: martes, 05 de octubre de 2021.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m., en jornada continua.

Versión 2.4



(http://minisabud.gov.co/portal/03comunicacion/03informacion) (9/10/2021)

en



SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO:	1118380	
RAZON SOCIAL	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S	
IDENTIFICACION:	NI 830129289	

CAMBIO SALARIO

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
79318687	2021-10-4	CC 1095962527
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
LOPEZ GUTIERREZ	MARIA EUGENIA	1985-10-10
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CALLE 30 C 88 179		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
MEDELLIN - Antioquia	grupolhs@grupolhs.com	3456777
Celular	Sexo	
3155644227	Femenino	
Cargo	Salario	EPS
ADMINISTRADORA DE OBRA	\$3,100,000.00	Sin afiliación
AFP	Centro de Trabajo	
NO SUMINISTRADO	PUERTO ARIMENA ORINOQUIA OP 5	
Clase de riesgo	Tasa de riesgo	Grado
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		Tipo jornada
2021-10-11		JORNADA UNICA

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario.

1. TIPO DE INANTE		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 ☐				C. Contributivo ☐ D. Subsidado ☐	
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE				6. CÓDIGO	
CO Cotizante ☐	CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐				FECHA DE LA SOLICITUD	
						Día Mes Año	

A. AFILIACIÓN

R. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN / del catuante o cabeza de familia

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																				
PRIMER APELLIDO Lopez				SEGUNDO APELLIDO Gutierrez				PRIMER NOMBRE Maria				SEGUNDO NOMBRE Eugenia								
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		P.C.	TI.	☒	C.S.	P.A.	C.O.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1095962527	9. SEXO		☒	M.	10. FECHA NACIMIENTO		10	10	1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		12. DISCAPACIDAD			13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SEREN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RESEOS LABORALES	
Tipo		Grado			Categoría						
16. ADMINISTRADORA DE PERSONAS		17. INCARGO BASE DE COORDINACIÓN - INC			18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			ZONA		LOCALIDAD / COMUNA	
					Vereda puente anivers km3			U. ☐ R. ☐			
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS	
puerto cañan		meta				3223299084		lopezeugenia995@gmail.com			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Ratios de identificación del beneficiario (Cineya y cineguera) (a) pertenencia del cultivo)

79. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS														
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE		
78. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI	CC	CE	PA	CO	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	F	M	23. FECHA NACIMIENTO	AAA	MM	AAAA	CCONBO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS										25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NÚMERO DE IDENTIDAD		27. SEXO 28. FECHA DE NACIMIENTO					29. PERTENECER 30. ETNIA		31. CAPACIDAD			
																					Tipo		Credencia	
1										DNI		1234567890		F 12 12 2000					E 1		F		P	
2										DNI		1234567890		F 12 12 2000					E 1		F		P	
3										DNI		1234567890		F 12 12 2000					E 1		F		P	
4										DNI		1234567890		F 12 12 2000					E 1		F		P	

32. DATOS DE RESIDENCIA				33. VAL DE UPS ABLANDO ADICIONAL		34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)		35. VALOR DE UPS		36. VALOR DE UPS	
Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Tensión tipo	Nombre Mica	Los abuelos de EPS						
1		U. U. U.									
2		U. U. U.									
3		U. U. U.									
4		U. U. U.									

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

33. Nombre o Razón Social Sonacol sas		36. Tipo documento de Identidad C.C. C.E. P.A. C.D. ☒		37. Número documento de Identidad 830.129.289		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones OV	
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN Cra. 56 No 51 - 86		Bogotá / BOGOTÁ		Cundinamarca		3456777 NO FIRM	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 04 / 10 / 2021		CARGO administrador obra		SALARIO 3.100.000			

B. REPORTE DE NOVEDADES

REPORTE DE NOVEDADES			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	9. FIN DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COOTAR	☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O RÉGIMEN DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COOTANDO	☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	☐	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐
5. TERMINACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LA EPS	☐	12. DERIVACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐
6. INCORPORACIÓN EN LA EPS	☐	13. MOVIMIENTO	☐
7. ASIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐	14. AL PÉRGAMO CONTRIBUTIVO	☐
		15. AL INCUMEN SUBSIDIARIO	☐
		16. TRASLADO	☐
		17. AL MUERTO VIVIER	☐
		18. IMPEDENTE SEGURO	☐
		19. REPORTE DE FALLECIMIENTO	☐
		20. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL COTIZANTE	☐
		21. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	☐
		22. REPORTE DE LA CAUSAL DE PREPENSIONADO	☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.E.	C.C.	C.E.	P.A.	C.N.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DIA	MESES	AÑOS	
42. FECHA (a partir de)	DIA		MESES		AÑOS		43. EPS ANTERIOR	Código		44. MOTIVO DE TRASLADO		Código		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PERSONAS		

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Acreditación de residencia: Deseo que se me permita por el(a) Señal(e) _____ (Identificación) por _____ No. _____

desde el día _____ del mes _____ del año _____

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

47. Declaración de la no otorgación de afiliación al Régimen Contributivo: Expreso de mi desacuerdo.

48. Declaración de no existencia de ingresos de fuente mayor a casa todos los que ingresen al ámbito de los instrumentos que acreditan la condición de beneficiario. Anexo reporte de la Fintlab.

49. Declaración de no reutilización del código, código de familia, beneficiarios o afiliados adiconales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS consulte y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotratante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adiconales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotratante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adiconales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1712 de 2013 y el Decreto 1577 de 2010.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico al valorar como beneficiario de fondo.

Yo, MARIA EUGENIA LOPEZ BUTIERREZ

identificado (a) con

M.C. ☐ E.C. ☒ C.C. ☐ Otro: ☐número 1095962527 de GIRÓN, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes ☒ Si ☐ No
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS ☒ Si ☐ No
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes ☒ Si ☐ No
4. Leí el contenido de la carta de desempeño ☒ Si ☐ No
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Si ☐ No
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño ☒ Si ☐ No
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas ☒ Si ☐ No

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____

Si ☐ No ☐

Porcialmente

Firma: [Firma]
 Tipo ID: CC No. ID: 1095962527
 Fecha (dd/mm/aaaa): 09-10-2021
 Dirección: P.te Arimena
 Tel: 3223299084 Municipio Pto. girón
 Departamento: Meta



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio _____
 Departamento: _____

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que ha NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consulte al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____
 Código: _____ Oficina: _____



Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Línea Gratuita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá: 307 7022
 Conmutador: (57 + 1) 4193000
 Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A - 66 Piso 2

Aviso de privacidad

ago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, obsoletos, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, en la solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

FORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLML

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGO LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	NO	PRODUCTOR AGRPECUARIO	SI	NO
Negocio ☐ Secundaria ☐ Remediación ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐			\$						
Prescolar ☐ Nivel académico o técnico (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐									
Posición Ocupacional: Patron/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabajo por su Cuenta ☐									
Inicio Contrato				Fin Contrato					

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ GUTIERREZ MARIA EUGENIA** identificado(a) con CC número **1.095.962.527** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 19 de marzo de 2021 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 11 de octubre de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
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

2021101100061



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	VICTOR WILLIAM QUINTERO RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC 10272279
INICIO VIGENCIA:	04/10/2021
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	RESIDENTE DE OBRA
SALARIO:	5.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S
CC /NIT:	NI 830129289
CONTRATO:	1118380
SEDE:	ADMINISTRACION RIESGO 1
CENTRO DE TRABAJO:	PUERTO ARIMENA ORINOQUIA OP 5
INICIO VIGENCIA:	01/07/2017
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 04 días del mes de octubre del año 2021.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 61_1018

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 830129289 SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S.A.
Afiliado	CC 10272279 VICTOR WILLIAM QUINTERO RAMIREZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 5,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 90 # 18 35 OFIC 404
Fecha de ingreso	04/10/2021
Fecha de radicación	12/10/2021 08:52:05 a.m.
Código de Transacción	125220653
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 11/2021



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR WILLIAM QUINTERO RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10272279**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2010** 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 11 de octubre de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
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.



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1118380
RAZON SOCIAL	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S.A.S
IDENTIFICACION:	NI 830129289

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
79257722	2021-10-5	CC 98138680
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
SALDAÑA PANTOJA	JOSE FERNANDO	1984-10-25
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CAR 14 #30-90		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
PASTO - Nariño	fernandosaldana2014@gmail.com	3456777
Celular	Sexo	
3103188321	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
MULTIOPERADOR DE EQUIPO PESADO	\$2,354,000.00	Medimas E.P.S. S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	PUERTO ARIMENA ORINOQUIA OP 5	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2021-10-5	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Le recomendamos 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	B. Colectiva	C. Institucional	D. De oficio	C. Contributivo	D. Subsidio
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COSEZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante	CF Cabeza de Familia	BE Beneficiario	A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	DÍA	MES

A. AFILIACIÓN							
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)							
C. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Saldaña		Pantoja		José		Fernando	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO	
R.C. TL ☒ C.E. P.A. C.D. C.S.		98138680		M ☒		25/10/1984	

D. DATOS COMPLEMENTARIOS							
11. OBRER		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL OBRER		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	
Tipo		Consistencia		T		F	
15. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		16. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		17. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		18. LOCALIDAD / COMUNA	
				vereda puente arimena km 3			
19. CIUDAD / MUNICIPIO		20. DEPARTAMENTO		21. TELÉFONO FIJO		22. TELÉFONO MÓVIL	
puerto gaitán		meta				3227105179	
23. CORREO ELECTRÓNICO		24. CÓDIGO EPS		25. CORREO ELECTRÓNICO		26. CÓDIGO EPS	
fernandosaldana2014@gmail.com							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos de identificación del beneficiario (conyuge o varaparejo (a) permanente del cotizante)							
E. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
27. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		28. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. SEXO		30. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	

F. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES							
31. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		32. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		33. NÚMERO DE IDENTIDAD		34. SEXO	
						F M	
35. FECHA NACIMIENTO		36. SEXO		37. FECHA NACIMIENTO		38. SEXO	
DÍA MES AÑO		F M		DÍA MES AÑO		F M	
39. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		40. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		41. SEXO		42. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
43. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		44. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		45. SEXO		46. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
47. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		48. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		49. SEXO		50. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
51. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		53. SEXO		54. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
55. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		56. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		57. SEXO		58. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
59. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		60. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		61. SEXO		62. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
63. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		64. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		65. SEXO		66. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
67. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		68. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		69. SEXO		70. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
71. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		72. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		73. SEXO		74. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
75. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		76. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		77. SEXO		78. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
79. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		80. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		81. SEXO		82. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
83. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		84. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		85. SEXO		86. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
87. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		88. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		89. SEXO		90. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
91. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		92. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		93. SEXO		94. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
95. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		96. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		97. SEXO		98. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	
99. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		100. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		101. SEXO		102. FECHA NACIMIENTO	
R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.				F M		DÍA MES AÑO	

G. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO							
39. Nombre o Razón Social		40. Tipo de documento de identidad		41. Número documento de identidad		42. Tipo de aportante a pagar de pensiones	
sonacol sas		C.C. C.E. P.A. C.D. C.S.		830.129.289			
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		44. CIUDAD / MUNICIPIO		45. DEPARTAMENTO		46. TELÉFONO MÓVIL	
Cra. 89 No 51 - 65		bogotá		cundinamarca		3456777	
47. FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		48. CARGO		49. SALARIO		50. CORREO ELECTRÓNICO	
05/10/2021		multipersonal de maquinaria		2.354.000			

H. REPORTE DE NOVEDADES							
49. TIPO DE NOVEDAD		50. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		51. MOVIMIENTO		52. TIPO DE NOVEDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		A. AL REINICIO CONTRIBUTIVO		☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		B. AL INICIAR SUBSECUENTE		☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐		C. TRASLADO		☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		☐		D. MUERTE		☐	
5. TERMINACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN EN LA EPS		☐		E. MUERTE		☐	
6. TERMINACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN EN LA EPS		☐		F. MUERTE		☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		G. MUERTE		☐	
8. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		H. MUERTE		☐	
9. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		I. MUERTE		☐	
10. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		J. MUERTE		☐	
11. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		K. MUERTE		☐	
12. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		L. MUERTE		☐	
13. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		M. MUERTE		☐	
14. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		N. MUERTE		☐	
15. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		O. MUERTE		☐	
16. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		P. MUERTE		☐	
17. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		Q. MUERTE		☐	
18. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		R. MUERTE		☐	
19. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		S. MUERTE		☐	
20. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		T. MUERTE		☐	
21. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		U. MUERTE		☐	
22. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		V. MUERTE		☐	
23. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		W. MUERTE		☐	
24. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		X. MUERTE		☐	
25. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		Y. MUERTE		☐	
26. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		Z. MUERTE		☐	
27. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AA. MUERTE		☐	
28. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AB. MUERTE		☐	
29. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AC. MUERTE		☐	
30. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AD. MUERTE		☐	
31. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AE. MUERTE		☐	
32. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AF. MUERTE		☐	
33. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AG. MUERTE		☐	
34. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AH. MUERTE		☐	
35. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AI. MUERTE		☐	
36. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AJ. MUERTE		☐	
37. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AK. MUERTE		☐	
38. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AL. MUERTE		☐	
39. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AM. MUERTE		☐	
40. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AN. MUERTE		☐	
41. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AO. MUERTE		☐	
42. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AP. MUERTE		☐	
43. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AQ. MUERTE		☐	
44. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AR. MUERTE		☐	
45. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AS. MUERTE		☐	
46. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AT. MUERTE		☐	
47. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AU. MUERTE		☐	
48. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AV. MUERTE		☐	
49. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AW. MUERTE		☐	
50. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AX. MUERTE		☐	
51. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AY. MUERTE		☐	
52. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		AZ. MUERTE		☐	
53. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BA. MUERTE		☐	
54. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BB. MUERTE		☐	
55. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BC. MUERTE		☐	
56. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BD. MUERTE		☐	
57. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BE. MUERTE		☐	
58. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BF. MUERTE		☐	
59. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BG. MUERTE		☐	
60. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BH. MUERTE		☐	
61. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BI. MUERTE		☐	
62. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BJ. MUERTE		☐	
63. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BK. MUERTE		☐	
64. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BL. MUERTE		☐	
65. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BM. MUERTE		☐	
66. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BN. MUERTE		☐	
67. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BO. MUERTE		☐	
68. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BP. MUERTE		☐	
69. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BQ. MUERTE		☐	
70. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BR. MUERTE		☐	
71. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BS. MUERTE		☐	
72. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BT. MUERTE		☐	
73. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BU. MUERTE		☐	
74. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BV. MUERTE		☐	
75. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BW. MUERTE		☐	
76. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BX. MUERTE		☐	
77. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BY. MUERTE		☐	
78. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		BZ. MUERTE		☐	
79. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CA. MUERTE		☐	
80. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CB. MUERTE		☐	
81. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CC. MUERTE		☐	
82. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CD. MUERTE		☐	
83. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CE. MUERTE		☐	
84. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CF. MUERTE		☐	
85. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CG. MUERTE		☐	
86. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CH. MUERTE		☐	
87. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CI. MUERTE		☐	
88. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CJ. MUERTE		☐	
89. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CK. MUERTE		☐	
90. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CL. MUERTE		☐	
91. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CM. MUERTE		☐	
92. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CN. MUERTE		☐	
93. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CO. MUERTE		☐	
94. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CP. MUERTE		☐	
95. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		CQ. MUERTE		☐	
96. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐					



SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

BICA					Fecha de Corte: 2021-10-08
acción	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
	JOSE	FERNANDO	SALDAÑA	PANTOJA	M

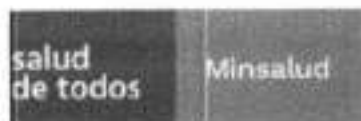
UD					Fecha de Corte: 2021-10-08
	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CM	Subsidiado	25/11/2020	Activo	CABEZA DE FAMILIA	TUQUERRES

BIONES				Fecha de Corte: 2021-10-08
	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	
PRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2008-04-01	Activo cotizante	

IGOS LABORALES					Fecha de Corte: 2021-10-08
	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora	
americana	2020-07-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Nariño- PASTO	
IONALES COLMENA SA DUROS DE VIDA	2014-09-24	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Cundinamarca- SOACHA	

ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76, Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

IONALES COLMENA SA GUROS DE VIDA	2017-07-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL	Chocó- QUIBDÓ
-------------------------------------	------------	--------	--	---------------

IPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2021-10-08

	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
ISACION FAMILIAR DEL	2017-05-09	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

ANTIAS

Fecha de Corte: 2021-08-31

afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-10-08

ensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-08-31

ROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

vinculaciones para esta persona.

ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76, Colombia, Bogotá D.C., PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1118380
RAZON SOCIAL	SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S A S
IDENTIFICACION:	NI 830129289

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
75290968	2021-10-7	CC 1120874624
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
VILLALOBOS VANEGAS	JULIAN ESTEBAN	1998-12-31
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
LETICIA		Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
LETICIA - Amazonas	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	3456777
Celular	Sexo	
3187846590	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR	\$1,200,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	Centro de Trabajo	
Fondo Pensiones Cesantias SA COLFONDOS	PUERTO ARIMENA ORINOQUIA OP 5	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2021-10-7	JORNADA UNICA	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

Leer las instrucciones que se encuentran antes al llenar este formulario de afiliación



No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

07/10/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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	
VILLALOBOS VANEGAS JULIAN ESTEBAN		CC		1120874624		Masculino ☒		31/11/21/1998	

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			
COMIENSA		COLPENSOS		1.200.000			
18. Residencia		19. Teléfono celular		20. Correo electrónico			
VEREDA PTE ARIMENA		3187846590					
PTO GAITAN		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Localidad/Comuna		Departamento	
						META	

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		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	

Selección de la EPS Emisora

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		35. Código de la EPS (a registrar por la EPS)	
SOMOS SAS			

SALUD TOTAL EPS.
Entidad Promotora de Salud
RECIBIDO PARA CONFIRMACIÓN

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

36. Nombre o razón social		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
SOMOS SAS		830129289			



COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JULIAN ESTEBAN VILLALOBOS VANEGAS, identificado(a) con C.C 1.120.874.824, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 14 de octubre de 2021.

El presente certificado emitido 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 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

A handwritten signature in black ink, reading "Carolina Galvis C.", written over a horizontal line.

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): **ESVAR ASTAIZA** identificado con Cédula Ciudadanía No. 14979135, de la empresa **PAVIMENTOS EL DORADO SAS** está afiliado(a) a **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS** desde el 06/10/2021 con riesgo 5 y se encuentra **ACTIVO**.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción "VALIDAR CERTIFICADOS". Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210102041427.

Dada en Bogotá, a los 5 días de mes de octubre de 2021

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. • NIT: 860.011.153-6 • Línea gratuita 01-800-111-100,
Bogotá: 010-7091 / Email Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros • www.positiva.gov.co • Positiva@positiva.gov.co



**El emprehendiente
es de todos**



SaludTotal

EPS-S

No de Radicación

400/193331

Fecha de Radicación

015/10/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Revisar 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
A. Afiliación ☐	A. Individual ☐	A. Afiliación ☐
B. Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	B. Colectiva ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (0-9999 de EPS)
A. Cotizante ☒	A. Dependiente ☒	1
B. Cotizado de Familia ☐	B. Indagado (no) ☐	
C. Beneficiario ☐	C. Beneficiario ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS QUE IDENTIFICAN AL AFILIADO O AL BENEFICIARIO

7. Apellidos y nombres	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Primer nombre	Primario ☐	Segundo nombre
OT	489435	Varón ☐	05/02/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISREN	14. Grupo de población especial
E	Tipo ☒ (IPF)		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Salud	17. Ingresos base de cotización - IBG	
MGH LA GUAYAMA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1426022	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
Circuito 5454321 Dirección	311203386	6576242503@GMAIL.COM	
22. Municipio	23. Localidad	24. Departamento	
BOGOTÁ	BOGOTÁ	BOGOTÁ	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Indicar la edad de cada miembro de la familia en el momento de diligenciar el formulario

25. Apellidos y nombres completos	26. Tipo documento de identidad	27. Número documento identidad	28. Sexo	29. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	

Indicar la edad de cada miembro de la familia en el momento de diligenciar el formulario

30. Apellidos y nombres	31. Tipo documento de identidad	32. Número documento identidad	33. Sexo	34. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

35. Parentesco	36. Etnia	37. Discapacidad	38. Tipo	39. Correo

40. Dirección de residencia	41. Valor de la UPC del afiliado
Municipio/Distrito	Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RECONOCIDAS DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

42. Nombre de la EPS Empleadora	43. Tipo de afiliación	44. Número de documento de identificación	45. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Nombre de la EPS Empleadora	Colectiva	Nombre de la EPS Empleadora	Colectiva

46. Nombre o razón social	47. Tipo de identificación	48. Número de documento de identificación	49. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Nombre o razón social	Colectiva	Nombre de la EPS Empleadora	Colectiva

No de Radicación

4007193331

Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de los datos básicos de identificación
☐ 2. Corrección de errores de identificación
☐ 3. Asignación de nuevo documento de identidad
☐ 4. Asignación de nuevo documento de identificación
☐ 5. Inactivación de la inscripción en la EPS
☐ 6. Reactivación de la EPS
☐ 7. Inscripción de transformación de afiliación a otra EPS
☒ 8. Inicio de relación laboral o asignación de un nuevo cargo
☐ 9. Finalización de beneficios de una enfermedad profesional
☐ 10. Terminación de la relación laboral por parte de la empleadora (por pago de cotización)

- ☐ 11. Vinculación a una entidad adscrita para realizar otros trámites
☐ 12. Reincorporación de un afiliado a la entidad para realizar otros trámites
☐ 13. Modificación de:
 - ☐ A. Régimen Contributivo
 - ☐ B. Régimen Subsidio
 - ☐ C. Régimen de Ingresos
 - ☐ D. Régimen de Ingresos☐ 14. Traslado
☐ 15. Modificación de información
☐ 16. Reporte de traslado de prestación a la corte
☐ 17. Reporte de la entidad de prestatario
☐ 18. Reporte de la entidad de prestatario

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Fecha de nacimiento		Segundo apellido	
1. Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha	43. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		
44. Mотив de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de veracidad de los datos declarados y validados al momento de la inscripción.
☐ 47. Declaración de la no obtención de un nuevo documento de identidad por parte de la entidad.
☐ 48. Declaración de veracidad de los datos declarados y validados al momento de la inscripción.
☐ 49. Declaración de veracidad de los datos declarados y validados al momento de la inscripción.
☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos de la base de datos de la entidad de la información personal y de la información personal de la entidad.
☒ 51. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos de la base de datos de la entidad de la información personal y de la información personal de la entidad.
☐ 52. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos de la base de datos de la entidad de la información personal y de la información personal de la entidad.
☐ 53. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos de la base de datos de la entidad de la información personal y de la información personal de la entidad.

VIII. FIRMAS

54. Colante o datazo de familia o beneficiario	55. El empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de objeto
--	---

NEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad. CM ☐ RG ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CG ☐ CC ☐ FSC ☐
- ☐ 57. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 58. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 59. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 60. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 61. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 62. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 63. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 64. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.
☐ 65. Copia del documento de identidad para la inscripción por la entidad de la entidad.

X. DATOS A SER DELEGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Identificación de la Entidad Territorial	57. Datos del SISREN	58. Fecha de inscripción	59. Fecha de validación	60. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número de la	Fecha	Fecha
70. Datos funcionario que realiza la inscripción				
Primer apellido		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
44. Mотив de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		

Recordar que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII. Declaraciones y VIII. Autorizaciones, así como la veracidad de los demás datos declarados.

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Proceso de Accidentes de Trabajo con Seguro de Vida y Seguro de Invalidez

UNIDAD

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de mayo del año 2014.

600011072094134

Para el señor: **HENRY MILCIADES GALEANO VILLALBA**

Identificación: **1075025784**

786 830 0735

1075025784

LO BUENO DE SER PAJA EN TODOS

© 2014

TRANSACCIONES

HENRY MILCIADES

GALEANO VILLALBA

1075025784

PAVIMENTOS EL DORADO SAS

800407400

Este crédito es propiedad de la Transacción





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

**En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 300.170.043-7

CERTIFICA QUE:

HENRY MILCIADES GALEANO VILLALBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.075.625.784, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





Sistemas Integrados de Gestión
INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O
PERSONAS A CARGO

ANTES DE COMENZAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: S-SG-003
VERSIÓN: 9
FECHA: 27/12/2019

☒ NUEVO ☒ NÚMERO DE EMPLEADOS A CARGO ☐ EMBAJADO ☐ SERVIDOR PÚBLICO ☐

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NÚMERO DE RUTEN SOCIAL DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Teléfono
PAVIMENTOS EL DORADO SAS	800.107.800-9	1-6212161

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		
GALEANO		VILLALBA		CC T. C.E. P.M.B.		1.075.625.784		AÑO MES DÍA		
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		X		1.075.625.784		1988 11 30		
HENRY		MILCIADES								
FECHA DE NACIMIENTO		SALARIO BÁSICO MENSUAL		NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS		CARGO O FUNCIÓN EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA		
2021 10 01		\$1.600.000		240		OPER. MAQUIN.		OPER. RETROEXCAVAD PAV. EL DORADO SAS		
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR		CÓDIGO		NÚMERO DE RESIDENCIA		NOMBRE DE LA EMPRESA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
XXX		XXXX		TOCAIMA - C/MARCA				X		
TELÉFONO DEL TRABAJADOR		CELULAR		CELULAR 2		CORREO ELECTRÓNICO				
XXX		3114519149		XXX		henrygaleano881130@gmail.com				
DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA EMPRESA		NÚMERO DE DUEÑO DE LA EMPRESA		LUGAR DE NACIMIENTO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
KM. 3 VÍA A LA MEZA		VALLEDUPAR - CESAR		X						
GÉNERO		OPERACIÓN SEXUAL		ESTADO CIVIL						
Masculino ☒ Femenino ☐		Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Transsexual ☐		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Concubino ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐						
NÚMERO DE ESCUELA		FACTORES DE VULNERABILIDAD		PODERES HOA ETRABA						
Pre escolar ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Media ☐ Superior ☐ Universitaria ☐ Postgrado ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Otros ☐		Discapacidad ☐ Víctima del conflicto armado ☐ Desplazado ☐ Víctima de violencia sexual ☐ Víctima de violencia económica ☐ Víctima de violencia política ☐ Víctima de violencia social ☐ Víctima de violencia ambiental ☐ Víctima de violencia cultural ☐ Víctima de violencia religiosa ☐ Víctima de violencia racial ☐ Víctima de violencia étnica ☐ Víctima de violencia lingüística ☐ Víctima de violencia de género ☐ Víctima de violencia de orientación sexual ☐ Víctima de violencia de identidad ☐ Víctima de violencia de expresión ☐ Víctima de violencia de apariencia ☐ Víctima de violencia de estatus ☐ Víctima de violencia de poder ☐ Víctima de violencia de conocimiento ☐ Víctima de violencia de habilidades ☐ Víctima de violencia de recursos ☐ Víctima de violencia de oportunidades ☐ Víctima de violencia de acceso ☐ Víctima de violencia de participación ☐ Víctima de violencia de representación ☐ Víctima de violencia de voz ☐ Víctima de violencia de imagen ☐ Víctima de violencia de identidad ☐ Víctima de violencia de expresión ☐ Víctima de violencia de apariencia ☐ Víctima de violencia de estatus ☐ Víctima de violencia de poder ☐ Víctima de violencia de conocimiento ☐ Víctima de violencia de habilidades ☐ Víctima de violencia de recursos ☐ Víctima de violencia de oportunidades ☐ Víctima de violencia de acceso ☐ Víctima de violencia de participación ☐ Víctima de violencia de representación ☐ Víctima de violencia de voz ☐ Víctima de violencia de imagen ☐		Algunos ☐ Muchos ☐ Ninguno ☐						

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?

NIF ☐ CC ☐ CC ☐ PA ☐	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	SALARIO
NO	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
NIF ☐ CC ☐ CC ☐ PA ☐	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	SALARIO
NO	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		
XXXXXX		XXXXXX		CC T. C.E. P.M.B.		XXXXXX		AÑO MES DÍA		
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
XXXXXX		XXXXXX								
GÉNERO		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CÓDIGO		NÚMERO DE RESIDENCIA		LUGAR DE NACIMIENTO		
Masculino ☐ Femenino ☐		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL						
XXXXXX		XXXXXX		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Concubino ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐						
NOMBRE DE LA EMPRESA		SALARIO MENSUAL		SI ☐ NO ☐		POR CUAL CASA EL COMPLEMENTO FAMILIAR				
XXXXXX		XXXXXX				XXXXXX				

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:		
REVISADO POR:	ENTREGADO POR:	FECHA:





POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): **PASTOR BRAVO DELGADO** identificado con Cédula Ciudadanía No. 87247322, de la empresa **PAVIMENTOS EL DORADO SAS** está afiliado(a) a **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS** desde el 02/10/2021 con riesgo 5 y se encuentra **ACTIVO**.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción "VALIDAR CERTIFICADOS". Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020373.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de octubre de 2021

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. es una entidad regulada y supervisada por la Superintendencia Financiera de Colombia.
Bogotá, D.C. - Colombia. Teléfono: 01 (01) 222 2222. Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros S.A. es una entidad regulada y supervisada por la Superintendencia Financiera de Colombia.



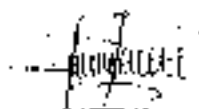
El seguro es una actividad de interés público.
Es de interés público.



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PASTOR BRAVO DELGADO** identificado/a con documento de Identidad Cédula de Ciudadanía número **87247322**, se encuentra afiliado/a desde **16/04/1997** 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 octubre de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
 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.

SaludTotal EPS S

No de Radicación

9007182417

Fecha de Radicación

01/10/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Regimen
A. Afiliación ☐ B. Registro de novedades ☒ C. Cesación ☐	A. Miembro ☐ B. Independiente ☐ C. Cesante ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiario ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Cargo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cotizante de Pasivo ☐ C. Cotizante de Pasivo ☐	A. Empleado ☒ B. Independiente ☐ C. Pasivo ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o del representante)

7. Apellidos y nombres	8. Tipo documento de identidad	9. Número del documento de identidad	10. Sexo	11. Fecha de nacimiento
PRIMO PRIMER APELLIDO	CC	87217327	Femenino ☐ Masculino ☒	24/03/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Ocupación	13. Puntaje SGSSS	14. Grupo de población especial
6		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL	500000
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular
CR 36 FORT ALTA Dirección		314386213
21. Correo electrónico	22. Localidad / Comuna	23. Departamento
PASTOR BRAVO DEL GARCIA ANTONIO		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

(Describir los datos de identificación del núcleo o del representante común)

24. Apellidos y nombres completos	25. Tipo documento de identidad	26. Número documento identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
PRIMO PRIMER APELLIDO			Femenino ☐ Masculino ☐	

(Describir los datos de identificación de los miembros del núcleo familiar)

29. Apellidos y nombres	30. Tipo documento de identidad	31. Número documento identidad	32. Sexo	33. Fecha de nacimiento
PRIMO PRIMER APELLIDO			Femenino ☐ Masculino ☐	

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

34. Parentesco	35. Edad	36. Ocupación	37. Condición
38. Datos de residencia	39. Teléfono fijo	40. Teléfono celular	41. Valor de la UPU del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito			

VI. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - EPS

42. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - EPS	43. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
EPS SAGUNA TERNEROS - EPS SAGUNA TERNEROS	5550000000 - 5550000000

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

44. Nombre o razón social	45. Tipo de identificación	46. Número de documento de identidad	47. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PAYMENTOS Y CONSTRUCCIONES EL DORADO LTDA. C.A.	NIT	400307800	91
48. Dirección	49. Teléfono	50. Correo electrónico	51. Departamento
CRAMA NO 2005-01 N° Dirección	5212181	PAZCARTAGENA@HOTMAIL.COM	BOGOTÁ

D. REPORTE DE MOVILIDADES

D. Tipo de Movilidad

- ☐ 1. Asignación de un básculo de identificación
☐ 2. Corrección de básculos de identificación
☐ 3. Asignación de documento de identidad
☐ 4. Asignación y/o corrección de básculo para votar
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
 Código:
☐ 6. Radicación en la EPS
☐ 7. Asignación de documentos o de otros documentos
☒ 8. Inicio de relación laboral o asignación de afiliación para votar
☐ 9. Extensión de prestaciones o de afiliación a afiliados
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones electorales
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones electorales
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 14. Tránsito: ☐ A. Régimen Régimen ☐ B. Oficiante Régimen
☐ 15. Reporte de filiación
☐ 16. Reporte del trabajo o prestación al consorte
☐ 17. Reporte de la calidad de un Personero
☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

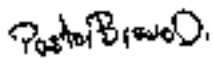
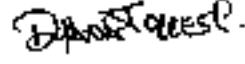
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA MOVILIDAD

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		43 Fecha	
		Femenino ☐ Masculino ☐					
44. EPS anterior		45. Motivo de traslado		46. Cede de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de conformidad con la ley de los beneficiarios y afiliados electorales.
☐ 47. Declaración de no sujeción de su ingreso al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de ausencia de manera de pago mayor o como titular que impide la calificación de excedente que accedan la condición de beneficiario.
☐ 49. Declaración de continuación del cotizante a cargo de familia, beneficiario o afiliado electorales en la institución Prestadora de Salud.
☒ 50. Autorización para que la EPS recoja y entregue copia y copia de la historia clínica al cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados electorales.
☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que es generada de la prestación de servicios de salud y la base de datos de afiliados vigentes y en actividad política que por sus funciones o actividades.
☒ 52. Autorización para que la EPS recoja y entregue copia y copia de la historia clínica al cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados electorales, de acuerdo con la ley 1091 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al centro electoral o centro de votación de forma

VIII. FIRMAS

 54. Colizante o cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador o persona responsable de la afiliación electoral institucional o de afiliado
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia de documentos de identidad: CM ☐ RC ☐ TR ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ CC ☐
 Cantidad: Total:

☐ 57. Copia del documento de incapacidad por enfermedad por la autoridad competente.
☐ 58. Copia original del de matrimonio o de la escritura pública de la constitución o matrimonio (original que debe ser la única original).
☐ 59. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare el divorcio, sentencia judicial por la que declare la separación de cuerpos y separación pública por la que declare la nulidad o nulidad judicial que declare la separación 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 guarda parental o el certificado de custodia de los padres o la declaración escrita por el custodio sobre la ausencia de sus padres.
☐ 63. Copia de la calificación de inscripción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 64. Declaración de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones electorales.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia que le atribuya competencias en la que declare a calidad de beneficiario o se otorga la afiliación de cónyuge.

X. DATOS A SER DELEGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SIOEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Estado Manizales	Número	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
70. Datos funcionario que firmó la validación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			

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



Sistemas Integrados de Gestión
INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O
PÉRSOAS A CARGO

ANTES DE diligenciar este formulario por favor lea las instrucciones
 MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: 1-30-006
VERSIÓN: 3
FECHA: 27/12/2023

NUEVA X ☒
 NÚOVOS BENEFICIARIOS A CARGO ☐
 TRASLADO ☐
 SERVICIO DOMÉSTICO ☐

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA, S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.	NO. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA
PAVIMENTOS EL DORADO SAS	860.107.800-9	1-8212181

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TPO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NO. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
BRAVO		DELGADO		CC. EL. CE. PER. PAS.		87.247.322		1974-05-24	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PROFESIÓN		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)	
PASTOR		XXX		OPERADOR MAQ.		OPER. MOTONIVELADOR PAV. EL DORADO SAS			
SALARIO MENSUAL		VALOR DE HORAS MENSUALES		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)			
2021-10-01		\$2.500.000		240					
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA			
CARRERA 30 ESTE #41-79		XXX		SOACHA - C/MARCA		X			
TELÉFONO DEL TRABAJADOR		CELULAR 1		CELULAR 2		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA			
XXX		3143889213		XXX		XXX			
DIRECCIÓN DONDE LABORA		NÚMERO DONDE LABORA		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)			
KM. 3 V/A A LA MEZA		VALLEDUPAR		X					

ESTADO CIVIL		ESTADO DE LA EMPRESA		ESTADO DE LA EMPRESA		ESTADO DE LA EMPRESA		ESTADO DE LA EMPRESA	
X		X		X		X		X	
FACTORES DE VULNERABILIDAD		FACTORES DE VULNERABILIDAD		FACTORES DE VULNERABILIDAD		FACTORES DE VULNERABILIDAD		FACTORES DE VULNERABILIDAD	
X		X		X		X		X	

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?

NOMBRE DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX	

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TPO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NO. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
XXXXXX		XXXXXX		CC. EL. CE. PER. PAS.		XXXXXX		XXXXXX	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PROFESIÓN		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)	
XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX	
DIRECCIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA			
XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX			
TELÉFONO DEL CONYUGE O COMPAÑERO		CELULAR 1		CELULAR 2		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA			
XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX			
DIRECCIÓN DONDE LABORA		NÚMERO DONDE LABORA		CÓDIGO DE OFICIO EN LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA (S.A.S. o S.R.L. o S.C.A.)			
XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX			

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:		RECEPCIÓN DOCUMENTOS	
REVISADO POR:		FECHA:	



DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)													
NOMBRE APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
							AÑO	MES	DÍA	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar - COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, consultación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y para que ejerza los derechos que me otorga la ley a la Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexas, las cuales pueden ser realizadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se comparta la información personal que me pertenece y la cual es necesaria para la ejecución de las actividades con el objeto contratado.

b. Para actividades de marketing y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, comerciales o contratos institucionales o de colaboración, las cuales pueden ser realizadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se comparta mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR, en sus actividades comerciales y de control de riesgos, éstas puedan consultar y/o acceder a bases de datos de información: (a) personal, como la que administra el Registro Civil del Estado Civil relativo al registro civil, identificación y crédito, tales como el C.P.M. y el C.A.F. (b) de información: esta facultad incluye el registro del nacimiento, de casamiento, de filiación, de inscripción y cumplimiento de obligaciones convalidas o que lleguen a consumarse, la existencia de deudas verificadas o de canceladas o la aplicación de la ley de los servicios penales y (c) en general los datos de identificación personal y privada, como el Registro Civil de las Afiliadas - RUMU.

d. Para compartir mis datos personales con autoridades nacionales o extranjeras con motivo de solicitudes base en temas legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en internet u otros medios de divulgación o comunicación pública para mí y para los terceros autorizados, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERDICA

Yamilé Franco - 42.123.417
Pavimentos El Dorado SAS
 NIT 800.107.800-9

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Pastor Bravo Delgado - cc87247322
 FIRMA DE TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR		RECEPCIÓN DOCUMENTOS	
DESERACIONES:			

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
 Entidad de Aseguradora de Riesgos Laborales del Estado Colombiano
LINEA 080
 En Bogotá: (600) 811-0111 / (600) 841-541 / 8533
 En el exterior: (57) 1 800 841 541 / 8533
 Para mayor información: (600) 811-0111 / (600) 841-541 / 8533
 Correo Electrónico: informacion@sgl.gov.co

LA WWW.PONTEVA.COM.CO

JAIRO ALONSO

BASTIDAS BERNAL

07219507

PAVIMENTOS EL DORADO SAS

0041047000

Estadística 13 por ciento 4 992 91 992 91



¡OBTÉN UN BONO PARA TODOS!

¡Iniciativa!





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

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): **JAIRO ALONSO BASTIDAS BERNAL** identificado con Cédula Ciudadanía No. 87719507, de la empresa **PAVIMENTOS E. DORADO SAS** está afiliado(a) a **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS** desde el 25/09/2021 con riesgo S y se encuentra **ACTIVO**.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101019294578.

Dada en Bogotá, a los 24 días del mes de septiembre de 2021.

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. - NIT: 860.011.153-6 - Línea gratuita 01 8000 811 170.
 Bogotá (01) 7044 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCel Positiva Colombia



El certificado es válido
 en todos los puntos de atención





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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 809.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAIRO ALONSO BASTIDAS BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía 87.719.507, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2021.

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.

25. Kempo (nationality) **Paraguayos E. P. 800 107800-9**
 26. UIC (code) **800 107800-9**
 27. UIC (code) **800 107800-9**
 28. UIC (code) **800 107800-9**
 29. UIC (code) **800 107800-9**
 30. UIC (code) **800 107800-9**
 31. UIC (code) **800 107800-9**
 32. UIC (code) **800 107800-9**
 33. UIC (code) **800 107800-9**
 34. UIC (code) **800 107800-9**
 35. UIC (code) **800 107800-9**
 36. UIC (code) **800 107800-9**
 37. UIC (code) **800 107800-9**
 38. UIC (code) **800 107800-9**
 39. UIC (code) **800 107800-9**
 40. UIC (code) **800 107800-9**
 41. UIC (code) **800 107800-9**
 42. UIC (code) **800 107800-9**
 43. UIC (code) **800 107800-9**
 44. UIC (code) **800 107800-9**
 45. UIC (code) **800 107800-9**
 46. UIC (code) **800 107800-9**
 47. UIC (code) **800 107800-9**
 48. UIC (code) **800 107800-9**
 49. UIC (code) **800 107800-9**
 50. UIC (code) **800 107800-9**
 51. UIC (code) **800 107800-9**
 52. UIC (code) **800 107800-9**
 53. UIC (code) **800 107800-9**
 54. UIC (code) **800 107800-9**
 55. UIC (code) **800 107800-9**
 56. UIC (code) **800 107800-9**
 57. UIC (code) **800 107800-9**
 58. UIC (code) **800 107800-9**
 59. UIC (code) **800 107800-9**
 60. UIC (code) **800 107800-9**
 61. UIC (code) **800 107800-9**
 62. UIC (code) **800 107800-9**
 63. UIC (code) **800 107800-9**
 64. UIC (code) **800 107800-9**
 65. UIC (code) **800 107800-9**
 66. UIC (code) **800 107800-9**
 67. UIC (code) **800 107800-9**
 68. UIC (code) **800 107800-9**
 69. UIC (code) **800 107800-9**
 70. UIC (code) **800 107800-9**
 71. UIC (code) **800 107800-9**
 72. UIC (code) **800 107800-9**
 73. UIC (code) **800 107800-9**
 74. UIC (code) **800 107800-9**
 75. UIC (code) **800 107800-9**
 76. UIC (code) **800 107800-9**
 77. UIC (code) **800 107800-9**
 78. UIC (code) **800 107800-9**
 79. UIC (code) **800 107800-9**
 80. UIC (code) **800 107800-9**
 81. UIC (code) **800 107800-9**
 82. UIC (code) **800 107800-9**
 83. UIC (code) **800 107800-9**
 84. UIC (code) **800 107800-9**
 85. UIC (code) **800 107800-9**
 86. UIC (code) **800 107800-9**
 87. UIC (code) **800 107800-9**
 88. UIC (code) **800 107800-9**
 89. UIC (code) **800 107800-9**
 90. UIC (code) **800 107800-9**
 91. UIC (code) **800 107800-9**
 92. UIC (code) **800 107800-9**
 93. UIC (code) **800 107800-9**
 94. UIC (code) **800 107800-9**
 95. UIC (code) **800 107800-9**
 96. UIC (code) **800 107800-9**
 97. UIC (code) **800 107800-9**
 98. UIC (code) **800 107800-9**
 99. UIC (code) **800 107800-9**
 100. UIC (code) **800 107800-9**



Sistemas Integrados de Gestión
INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O
PERSONAS A CARGO

ANTES DE diligenciar este formulario por favor lea las instrucciones
 MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SI-008

VERSIÓN: 9

FECHA: 17/11/2019

NUEVA IS ☒NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO ☐TRASLADO ☐SERVICIO DOMESTICO ☐**DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR**

NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

TEL. DE IDENTIFICACIÓN

TEL. DE IDENTIFICACIÓN

PAVIMENTOS EL DORADO SAS**800.107.800-9****1-6212161****DATOS DEL TRABAJADOR**

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DOCUMENTO

TEL. DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE ALQUILAMIENTO

BASTIDAS**BERNAL****CC****87.719.507****1977 12 07****JAIR****ALONSO****X****87.719.507****1977 12 07**

FECHA DE INGRESO

SALARIO BÁSICO MENSUAL

Nº DE HORAS TRAB. EN LA SEM.

PROFESIÓN

CATEGORÍA DE PUESTO EN LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

AÑO

MES

DÍA

\$5.618.000

240

ING. CIVIL

ING. RESIDENTE

PAV. EL DORADO SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR

BARRIO

MUNICIPIO DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

TRANVERSAL 24A #16-45, AP901**EDIF MIRADOR DEL CERRITO****VALLEDUPAR****X**

TELÉFONO DEL TRABAJADOR

CÉLULAR

CÉLULAR

CORREO ELECTRÓNICO

XXX**320 373 18 13****300 219 95 17****jabastl@gmail.com**

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

KM. 3 VÍA A LA MEZA**VALLEDUPAR****X****X**

GÉNERO

DIRECCIÓN SEXUAL

ESTADO CIVIL

FEMENINO ☒MASCULINO ☐OTRO ☐Heterosexual ☒Homosexual ☐Bisexual ☐Otro ☐Soltero ☐Casado ☒Divorciado ☐Separado ☐Unión Libre ☐Viudo ☐

MOTIVO DE INGRESO

FACTORES DE VULNERABILIDAD

POR MOTIVO ÉTNICO

Primera vez ☐Segunda vez ☐Tercera vez ☐Cuarta vez ☐Quinta vez ☐Sexta vez ☐Séptima vez ☐Octava vez ☐Novena vez ☐Décima vez ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐Otro ☐**¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?**

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INGRESO

SALARIO

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INGRESO

SALARIO

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INGRESO

SALARIO

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INGRESO

SALARIO

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INGRESO

SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DOCUMENTO

TEL. DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE INGRESO

NARVAEZ**CHILANGUAY****CC****37.014.968****78 01 24****MIREYA****ANDREA****X****37.014.968****78 01 24**

GÉNERO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

BARRIO

MUNICIPIO DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

FEMENINO ☒MASCULINO ☐OTRO ☐Heterosexual ☒Homosexual ☐Bisexual ☐Otro ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Separado ☐Unión Libre ☐Viudo ☐**TRANSV 24A #16-45 APT901****EDIF MIRADOR CERRITO****VALLEDUPAR****X**

TELÉFONO DEL TRABAJADOR

CÉLULAR

CÉLULAR

CORREO ELECTRÓNICO

3203731813**3203731813****BACHILLER****jabastl@gmail.com**

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

XXX**XXX****X****XXX****PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR****RECEPCIÓN DOCUMENTOS**

OBSERVACIONES

REVISADO POR:

DIGITADO POR:

FECHA:



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL \$G\$S\$S\$



RADICADO

00000000

Fischer & MacKenzie

1	2	1	0	2	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---

Major Idea:

[illegible]

[illegible]

Recuerde que con la firma del formulario, el/la usuario/a garantiza la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo III del formulario.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

En caso de accidente de trabajo comuníquese al número de emergencia

En Bogotá: Línea Nacional: Desde el exterior

6 000 8 11 00 22 19 01 5 11

Para cualquier asistencia internacional llame al 800 807 800

800 807 800

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

© 2011 SGR

Seguros de Vida y Accidentes

JOSE RODRIGO

VERA DIAZ

2002277818

PAYMENTOS EL DORADO SAS

800 807 800

¡Su cliente es prioridad en el servicio!





POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.LT 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOSE RODRIGO VERA DIAZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1002277818, de la empresa PAVIMENTOS EL DORADO SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 13/10/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020130345.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de octubre de 2021

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. • MI-800 011 100-6 • Línea gratuita: 01-8000-1111-170
Impreso: 0100-2020 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros • PositivaCel • PositivaDelicida



Liendrand'mo.ita
es de todos





**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 RODRIGO VERA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.002.277.818, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 12 de Octubre del 2021.

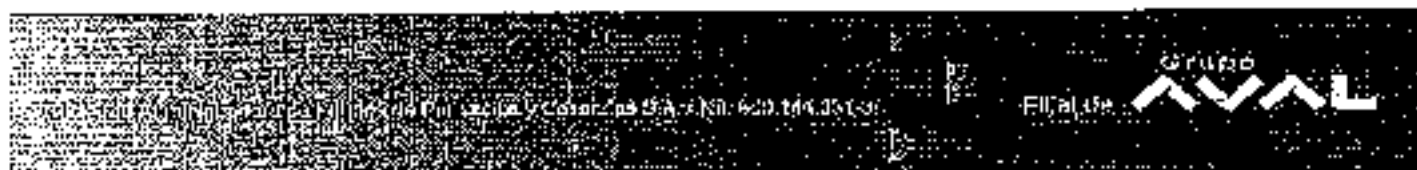
Cordialmente,

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.





Bogotá D.C. 12 de Octubre de 2021

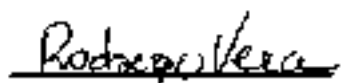
**SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 880664812**

Señor usuario, recibe un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/10/2021, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota mensual de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.co/onsubsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación detallamos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1002277818
Nombres y Apellidos	JOSE RODRIGO VERA DIAZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 800107800
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	12/10/2021
Fecha de Ingreso a Compensar	12/10/2021
Cargo	MANTENIMIENTO MAQUINARIA Y EQUIPO
Horas Laborales	240
Salario básico	\$ 1538900


Firma del Trabajador
Identificación 1-002.277.818

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe poseer firma en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o comuníquese a nuestro centro telefónico de atención al usuario 8 072001.