Medellín, 01 de agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1045713541	DISCUVICHE SANCHEZ MARLON ORLANDO	02/08/2022		197225Dq	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/08/2022 16:43:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.116.171, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 2 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

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

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 2 de Agosto del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008696395	0|3|0|8|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: B. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
DISCUVICHE Primer apellido	SANCHEZ Segundo apellido	MARLON Primer nombre	ORLANDO Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1045713541	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|1|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 114 9 12		3116406998	MARLONDISCUVICHE@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana ☒ Rural ☐		ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCI	NIT	900930904	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 82 N 72 43	3008771709	CONTABILIDADBYBPILOTAJES@GMAIL.COM	BARRANQUILLA	ATLANTICO

No de Radicacion
4008696395

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|0|8|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Marlon Discuniche	Dary Garzon
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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

Medellín, 02 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ATLANTICO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C9160527	ALVARADO RODRIGUEZ ROGER	03/08/2022		k9524020	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C553039752221434038

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/08/2022 09:27:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.123, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROGER ALVARADO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9160527,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** 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 04 de agosto de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 2 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor ROGER ALVARADO RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 9160527 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	9160527	ROGER	ALVARADO RODRIGUEZ	2020-06-01	BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS	KRA 9 NO 15 10	6687022	C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
900930904	BELTRAN BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S A S	N	A	03/08/2022

La anterior certificación se expide y firma, a los 4 días del mes de Agosto de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta los 4 días del mes de Septiembre de 2022

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Medellín, 09 de agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1045765840	GONZALEZ IBAÑEZ VICTOR MANUEL	10/08/2022		u1886023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/08/2022 12:22:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.123, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) VICTOR MANUEL GONZALEZ IBANEZ identificado(a) con C.C No. 1.045.765.840, 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 09 de agosto del 2022.

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

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

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

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 9 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor VICTOR MANUEL GONZALEZ IBANEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1045765840 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283682 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 09 08 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: GONZALEZ	Segundo apellido: IBAÑEZ	Primer nombre: VICTOR	Segundo nombre: MANUEL
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1045765840	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 27 06 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
arl sura	COLFONDOS	1000000

18. Residencia			
Dirección: CRA 113 90 51	Teléfono Fijo	3243207427	Correo electrónico: victorgonzaleztmp@gmail.com
Municipio/Distrito: BARRANQUILLA	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S	nit	900.930.904-8	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 82 NO 72 43	Teléfono: 3119340	Correo electrónico: contabilidadbybpilotajes@gmail.com	Municipio/Distrito: BARRANQULLA	Departamento: ATLANTICO

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CONFIDENCIAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.454-4 BTA - 03/2016

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

OP-283582 07/16

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 0 0 8 2 0 2 2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

VICTOR GONZALEZ IBAÑEZ 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva

OPERACIONES BARRANQUILLA
mutualser
leonardo cervantes
DOCUMENTO PROCESADO

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [x] [ ] [ ] [ ] [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
[ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud
PERSONA NATURAL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS S.A. NIT 806.008.394-7 DIC-08/2016

Medellín, 09 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ATLANTICO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C72310967	DISCUVICHE SANCHEZ VLADIMIR	10/08/2022		34224²43	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C553039752222143258

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/08/2022 12:00:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.123, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 9 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor VLADIMIR DISCUVICHE SANCHEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 72310967 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 09 08 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

Código (a registrar por la EPS):

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: DISCUVICHE	Segundo apellido: SANCHEZ	Primer nombre: VLADIMIR	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 72310967	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 13 11 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) / Condición (T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
arl sura	PROTECCION	1000000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 107 91- 201		3044177633	vadimirdiscubiche@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana [ ] Rural [ ]		ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S	nit	900.930.904-8	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 82 NO 72 43	3119340	contabilidadbybpilotajes@gmail.com	BARRANQULLA	ATLANTICO

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 0 0 8 2 0 2 2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

VLADIMIR DISCUVICHE	Dary Pianzón
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

mutualser OPERACIONES BARRANQUILLA
leonardo cervantes
DOCUMENTO PROCESADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DISCUVICHE SANCHEZ VLADIMIR** identificado(a) con **CC** número **72.310.967** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de diciembre de 2019 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 09 de agosto de 2022.

Cordialmente,



***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

202208091353

Medellín, 01 de agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1042431399	TAPIA BARRIOS YAIR ANTONIO	02/08/2022		189130Q1	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/08/2022 16:37:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.116.171, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 2 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor YAIR ANTONIO TAPIA BARRIOS identificado con cédula de ciudadanía No. 1042431399 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.; que tiene inscrita como cónyuge a KELLY JOHANA SIERRA LLANOS y como persona(s) a cargo a: KEILLYN JOHANA TAPIA SIERRA, YASIR RAFAEL TAPIA SIERRA, BLADIMIR JOSE TAPIA SIERRA, DANNA MICHEL TAPIA SIERRA, YAIR JUNIOR TAPIA SIERRA.

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YAIR ANTONIO TAPIA BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.431.399**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008696438	0|3|0|8|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
TAPIA Primer apellido	BARRIOS Segundo apellido	YAIR Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1042431399	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|1|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CL 10 19 A 56 **Dirección**	**Telefono fijo**	3216088980 **Telefono celular**	KSIERRALLANOS@GMAIL.COM **Correo electronico**
SOLEDAD **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	ATLANTICO **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOLEDAD - VS SOLEDAD	VSSOLEDAD - VSSOLEDAD
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCI	NIT	900930904	01

39.Ubicación

CL 82 N 72 43 Dirección	3008771709 Teleéfono	CONTABILIDADBYBPILOTAJES@GMAIL.COM Correo electrónico	BARRANQUILLA Municipio/distrito	ATLANTICO Departamento

No de Radicacion
4008696438

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|0|8|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Yair Tapia	Dany Garzón
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario
☐		

Observaciones

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

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
TAPIA	BARRIOS	YAIR	ANTONIO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1042431399	RC TI [X] CE PA	1988 01 11	[X] F	2022 08 03

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

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

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

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

"Yo: YAIR ANTONIO TAPIA BARRIOS identificado con el documento de identidad número: 1042431399, [X] NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Yair Tapia

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

Medellín, 01 de agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1143264518	MARTINEZ CASTRO CARLOS ALBERTO	02/08/2022		O1553612	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/08/2022 16:51:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.116.171, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **carlos alberto martinez castro** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1143264518,** se encuentra afiliado/a desde **27/11/2019** 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 02 de agosto de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

Barranquilla, Agosto 2 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor CARLOS ALBERTO MARTINEZ CASTRO identificado con cédula de ciudadanía No. 1143264518 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente

WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación (D D M M A A A A): 03/08/2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: MARTINEZ	Segundo apellido: CASTRO	Primer nombre: CARLOS	Segundo nombre: ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	1143264518	Femenino [ ] Masculino [X]	02/03/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo (F N M): Condición (T P)		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
arl sura	COLPENSIONES	1000000

18. Residencia			
Dirección: CR 13 F # 74 C - 107	Teléfono Fijo	3245970793	amge1995@hotmail.com
Municipio/Distrito: BARRANQUILLA	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32 . Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S	nit	900.930.904-8	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 82 NO 72 43	3119340	contabilidadbybpilotajes@gmail.com	BARRANQULLA	ATLANTICO

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
				0 2 0 8 2 0 2 2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

CARLOS MARTINEZ	Dary Pianzón
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de bienes, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la pérdida de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

OPERACIONES mutualser BARRANQUILLA leonardo cervantes DOCUMENTO PROCESADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CARVAJAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

Medellín, 08 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1003563945	MEJIA HERNANDEZ OMAR DANIEL	08/08/2022		1553v614	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612222034181

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/08/2022 09:29:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 19 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1066521696	ANAYA VILORIA JASIER	19/08/2022		226248C1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612223150944

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/08/2022 14:09:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 27 de Julio de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C8485261	CARPIO BARRAZA JOHAN	27/07/2022		47184199	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612220832415

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/07/2022 09:00:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que RAMON SEGUNDO BERMUDEZ FINOL identificado(a) con PT 5328446 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-07	2022-08	1587571288	9438442918	E	2022-08-04									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$1,439,453	$230,400
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,439,453	$100,200
CCF	COMBARRANQUILLA	30	4%	$1,439,453	$57,600
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	4%	$1,439,453	$57,600

Este certificado se expide el día 2022-08-29 a las 03:10.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4993994
NUMERO
SALAMANCA SANJUANELO
APELLIDOS
ENOT GREGORIO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1982
CERRO DE SAN ANTONIO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-SEP-2000 CERRO DE SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-2101300-51087421-M-0004993994-20020312 07047 02070A 01 093777833

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
22/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10604372	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
72433726	CEDULA DE CIUDADANIA	LUIS CARLOS CANTILLO SUAREZ

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 18 14 45	BARRANQUILLA	ADELITA DE CHAR

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3046250	3022198472	lorainegarizabalo53@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1983/10/11	UNION LIBRE	SECUNDARIA	ARRENDADA

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/22	2022/08/ 22

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD
1	RC58181278	MAYLEN DANIELA CANTILLO GARIZABALO	HIJO	FEMENINO	2020/07/26	N
2	RC54380428	MADELEIN SOFIA CANTILLO GARIZABALO	HIJO	FEMENINO	2014/01/11	N
3	RC52017494	MARIA JOSE CANTILLO GARIZABALO	HIJO	FEMENINO	2011/11/13	N

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
24/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10605319	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1007199359	CEDULA DE CIUDADANIA	GEOVANNY OROZCO CHAMORRO

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CR 9 97 109	BARRANQUILLA	ADELITA DE CHAR

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3003827	3003827975	geovannyochamorro@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1999/10/11	SOLTERO	TECNICO	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/20	2022/08/ 24

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
08/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10597520	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
73430296	CEDULA DE CIUDADANIA	DIOMAR BUELVAS BUELVAS

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 113 83 34	BARRANQUILLA	EL PRADO

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3603309	3046656229	NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1974/11/18	UNION LIBRE	PRIMARIA	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/08	2022/08/ 08

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
08/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10597522	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1140844701	CEDULA DE CIUDADANIA	JAIDER DE LA ROSA CARPIO

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 13 7 127	BARRANQUILLA	LA PLAYA

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3002723869	3002723869	jaiderdelarosa20@hotmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1991/10/20	UNION LIBRE	TECNICO	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/08	2022/08/ 08

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
08/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10597525	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1045713541	CEDULA DE CIUDADANIA	MARLON ORLANDO DISCUVICHE SANCHEZ

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 113 90 13	BARRANQUILLA	LAS FLORES

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
0	3006363356	NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1986/01/09	CASADO	SECUNDARIA	ARRENDADA

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/08	2022/08/ 08

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CANTILLO SUAREZ LUIS CARLOS** identificado(a) con **CC** número **72.433.726** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2016 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 22 de agosto de 2022.

Cordialmente,



***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

202208221644

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:

ENOT GREGORIO SALAMANCA SANJUANELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.993.994**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Agosto del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GEOVANNY OROZCO CHAMORRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.199.359**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

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

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de agosto de 2022.

Cordialmente,



***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

202208080943

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:

JAIDER DE LA ROSA CARPIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.140.844.701**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR DANIEL MEJIA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.563.945**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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:

JASIER JAVIER ANAYA VILORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.066.521.696**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHANN CARPIO BARRAZA identificado(a) con C.C No. 8.485.261, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de julio del 2022.

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

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



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

Medellín, 22 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C72433726	CANTILLO SUAREZ LUIS	22/08/2022		23929431	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612223442697

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/08/2022 11:51:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 20 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C4993994	SALAMANCA SANJUANELO ENOT	20/08/2022		39228342	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612223233672

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/08/2022 09:21:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 20 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007199359	OROZCO CHAMORRO GEOVANNY	20/08/2022		11251237	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612223233408

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/08/2022 09:16:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C73430296	BUELVAS BUELVAS DIOMAR	08/08/2022		24913514	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612222034051

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/08/2022 09:27:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1140844701	DE LA ROSA CARPIO JAIDER	08/08/2022		186AC236	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612222034102

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/08/2022 09:28:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1045713541	DISCUVICHE SANCHEZ MARLON ORLANDO	08/08/2022		TK208128	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408576612222034136

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/08/2022 09:28:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 22 08 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OROZCO	Chamorro	Geovanny	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC		Femenino [ ] Masculino [ ]	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL SURA	Porvenir	1000.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CLL 9 #9T-109		3003827975	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Barranquilla	Urbana [X] Rural [ ]		Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPOCOLBA SA	NIT	802010216	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 50 No. 72 - 61	3185373		BARRANQUILLA	ATLANTICO

vigilado Supersalud

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación

Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 20 08 2022
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	Combarranquilla.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X Geovanny Orozco 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	X Yelina Soto C. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio Empresa Caribe

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

SER OPERACIONES Barranquilla
DOCUMENTO PROCESADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	1143119371

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

DIMAR S.A. Nit: 830.008.570-3 / Juan Mina - Asco

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488237770	D D M M A A A A: 1 0 0 8 2 0 2 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
BUELVAS	BUELVAS	DIOMAR	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	73430296	Femenino [ ] Masculino [X]	18 D D 11 M M 1974 A A A A	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso Base de cotización - IBC
SURA ARL	PROTECCIÓN	1000000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CARRERA 113 NO 90 199		3046656229	clamadridbuelvas@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Corregimiento	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana [X] Rural [ ]	LAS FLORES	ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección

Municipio/Distrito	Zona: Rural / Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA I.P.S. S.A.S.	224
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
SERVICIOS TEMPORALES DE COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS	N	802010216	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KRA 50 NO 72 61	3185373	segsocialtempocolba@grupocolbaBARRANQUILLA		ATLANTICO

VIGILADO SUPERSOCIAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de los datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento 42. Fecha: D D M M A A A A

43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

0 8 0 8 2 0 2 2

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y desus beneficiario s o afiliado s adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de Identidad:

Cantidad: CN [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] Total

RC [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBEN

Número de Ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación D D M M A A A A

69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesto la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009066911
9009066911

No. de Radicación: 24360393

Fecha de Radicación: 09 08 2022

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo. A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio

3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia [X]; C. Beneficiario

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: DE LA ROSA; Segundo Apellido: CARPIO; Primer Nombre: JAIDER; Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1140844701

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 20 / 10 / 1991

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA

16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000

18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

Dirección de residencia: Municipio / Distrito: Departamento: Teléfono fijo: Teléfono celular:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D / M M / A A A A

Ocupación: Afiliación / Cuenta: Zona: Urbana [ ] Rural [ ]: Teléfono fijo: Teléfono celular: Departamento:

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D / M M / A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F N M T P)	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
31		
32		
33		
34		
35		

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

35. Nombre o razón social: TEMPOCOLBA LTDA

36. Tipo de documento de identificación: NT

37. Número del documento de identificación: 802010216

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección: AK 40 22 05

Teléfono: 0553511650

Correo electrónico:

Municipio / Distrito: BOGOTA

Departamento: DISTRITO CAPITAL

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del traslado de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

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

Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]: Fecha de nacimiento: D D / M M / A A A A

43. EPS anterior:

44. Motivo de traslado: Código:

42. Fecha novedad: 08 / 08 / 2022

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de carencia de soporte mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

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

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Jaider De la Rosa

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Edwar Galeano

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: Total:

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento:

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel:

68. Fecha de radicación: D D / M M / A A A A

69. Fecha de validación: D D / M M / A A A A

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

Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad:

OBSERVACIONES: CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Vigilado Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008715899	0|8|0|8|2|0|2|2

S DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

le tramite
ión ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

de afiliado
ante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

S BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DISCUVICHE	SANCHEZ	MARLON	ORLANDO

idos y nombres

documento de Identidad: CC

8.Número del documento de Identidad: 1045713541

9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒

10.Fecha de nacimiento: 0\|9\|0\|1\|1\|9\|8\|6

OS COMPLEMENTARIOS

personales

a: 6

12.Discapacidad: Tipo F N M

Condicion T P

13.Puntaje SISBEN

14.Grupo de poblacion especial

ministradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR FPC

17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1000000

idencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 114 9 12	3185373	3116406998	MARILUZCASTILLO795@GMAIL.COM

Municipio/Distrito: BARRANQUILLA

zona: Urbana ☒ Rural ☐

Localidad / comuna

Departamento: ATLANTICO

OS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

llidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

o documento de identidad

21. Número documento identidad

22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

llidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

o documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	

complementarios

ntesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P

os de residencia

Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			

ion de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
VS BOULEVAR - VS UOD PRADO	VSBOULEVAR - VSUODPRADO
-	-
-	-
-	-

OS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

bre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPO COLBA	NIT	802010216	01

ación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 52 72 61	3185373	INFORMATICA@GRUPOCOLBA.COM.CO	BARRANQUILLA	ATLANTICO

Escaneado con CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

o de Novedad

odificación datos básicos de identificación
rrección datos básicos de identificación
tualización documento de identidad
tualización y/o corrección datos complementarios
minación de la inscripcion en la EPS.
igo:
einscripción en la EPS
clusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
icio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
xclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

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

OS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

os básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

ocumento ntidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42.Fecha 08/08/2022

anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

CLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de
Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

MAS

Harlon Disaviche

izante o cabeza de familia o beneficiario

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

XOS

Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la ción de la union marital.
Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

OS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

ntificación de la d Territorial o del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

os funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

ocumento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

aciones

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

Escaneado con CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/08/2022, el empleador TEMPOCOLBA LTDA identificado con NIT número 802010216 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4718176	08/08/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003563945	OMARDANIEL MEJIA HERNANDEZ	1000000	AYUDANTE DE OBRA	2022-08-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Agosto del año 2022.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008778534	1|9|0|8|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **B.** Colectiva ☐ — **A.** Individual: **B.** Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — **A.** Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — **A.** Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ANAYA Primer apellido	VILORIA Segundo apellido	JASIER Primer nombre	JAVIER Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1066521696	Femenino ☐ Masculino ☒	2|7|1|1|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CL 94 NUMERO 17 SUR 52 BRR LA GRANJA **Dirección**	**Telefono fijo**	3244284666 **Telefono celular**	JASIER.ANAYA.V@GMAIL.COM **Correo electronico**
BARRANQUILLA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	ATLANTICO **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - OSTOTAL SAS BOULEVARD CP	VS20JULIOB - OSTOTALSB
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPO COLBA	NIT	802010216	01

39.Ubicación

CR 52 72 61 Dirección	3185373 Teleéfono	INFORMATICA@GRUPOCOLBA.COM.CO Correo electrónico	BARRANQUILLA Municipio/distrito	ATLANTICO Departamento

No de Radicacion
4008778534

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|9|0|8|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/07/2022, el empleador TEMPOCOLBA LTDA identificado con NIT número 802010216 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4675890	27/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	8485261	JOHANN CARPIO BARRAZA	1000000	AYUDANTE DE OBRA	2022-07-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Julio del año 2022.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Certificado de Aportes

Se certifica que ELVIS YESID PALENCIA SARIEL identificado(a) con CC 1129510098 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-07	2022-08	1587571288	9438442918	E	2022-08-04									X							X	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	28	16%	$933,334	$149,400
AFP	PORVENIR	2	16%	$66,667	$10,700
ARL	ARL SURA	28	6.96%	$933,334	$65,000
ARL	ARL SURA	2	0%	$66,667	$0
CCF	COMBARRANQUILLA	28	4%	$933,333	$37,400
CCF	COMBARRANQUILLA	2	0%	$66,667	$0
EPS	MUTUAL SER	28	4%	$933,334	$37,400
EPS	MUTUAL SER	2	4%	$66,667	$2,700

Este certificado se expide el día 2022-08-29 a las 03:06.

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
08/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10597527	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1003563945	CEDULA DE CIUDADANIA	OMAR DANIEL MIJIA HERNANDEZ

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 113 19 90	BARRANQUILLA	PARAISO

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3119340	3016009138	betsyburgosm@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1998/05/12	UNION LIBRE	NINGUNO	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/08	2022/08/ 08

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
19/08/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10603361	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1066521696	CEDULA DE CIUDADANIA	JASIER JAVIER ANAYA VILORIA

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 94 17 SUR 52	BARRANQUILLA	LA GRANJA

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3244628	3244628466	NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1991/11/27	UNION LIBRE	NINGUNO	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/08/19	2022/08/ 19

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
27/07/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10591350	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
8485261	CEDULA DE CIUDADANIA	JOHANN CARPIO BARRAZA

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CR 12 8 31	BARRANQUILLA	LA PLAYA

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
0	3003330038	lizehurtado26@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1981/10/22	UNION LIBRE	SECUNDARIA	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
AYUDANTE DE OBRA	$1.000.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/07/27	2022/07/ 27

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-

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

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
-	-	-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	CLASE	SEXO	F. NACIM.	DISCAPACIDAD
1	RC52465419	MARI PAZ CARPIO HURTADO	HIJO	FEMENINO	2012/03/11	N
2	RC52792297	SAUL DAVID CARPIO HURTADO	HIJO	MASCULINO	2013/08/22	N
3	RC57958075	SANTHIAGO CARPIO HURTADO	HIJO	MASCULINO	2018/01/06	N

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

GENERALIDADES

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

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009112533
9009112533

No. de Radicación: 24436212

Fecha de Radicación: 23 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CANTILLO	SUAREZ	LUIS	CARLOS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	72433726	Femenino [ ] Masculino [X]	D 11 D M 10 M A A 1983 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPOCOLBA LTDA	NT	802010216	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AK 40 22 05	0553511650		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 22 D M 08 M A 2022 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/08/2022, el empleador TEMPOCOLBA LTDA identificado con NIT número 802010216 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4765202	22/08/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4993994	ENOTGREGORIO SALAMANCA SANJUANELO	1000000	AYUDANTE DE OBRA	2022-08-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto del año 2022.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva