Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
06/10/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10627191	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1045690629	CEDULA DE CIUDADANIA	CESAR ARTURO DE LA HOZ OJEDA

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CR 50 75 131 CE LOCAL 21	BARRANQUILLA	ALTOS DEL PRADO

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3682827	3002983181	NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1988/10/10	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	2022/10/06	2022/10/ 06

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

Medellín, 06 de Octubre 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
C1045690629	DE LA HOZ OJEDA CESAR	06/10/2022		2402287P	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:C11408576612227933231

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/10/2022 09:13:51 .
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, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 10/10/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	27551403
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Movilidad al régimen contributivo
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2022-10-08
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1007608013
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	802010216
• FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
• IBC:	$1.000.000,00
• No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

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

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 10 días del mes de Octubre de 2022.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
10/10/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10628691	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
1007608013	CEDULA DE CIUDADANIA	RONYS RAMOS MARTINEZ

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 112A 83 37	BARRANQUILLA	LAS FLORES

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3000000	3003952066	ronnyramosmartinez1997@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1997/10/10	SOLTERO	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	2022/10/08	2022/10/ 10

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

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:

RONYS MANUEL RAMOS MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.608.013**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 10 de Octubre 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
C1007608013	RAMOS MARTINEZ RONYS	08/10/2022		22157128	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:C11408576612228330426

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 10/10/2022 08:27:06 .
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, 198.143.41.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIRO RAFAEL ORTIZ LOAIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.747.867**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Octubre 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
C3747867	ORTIZ LOAIZA JAIRO RAFAEL	18/10/2022		18420p63	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:C11408576612229129714

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/10/2022 08:15:14 .
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, 198.143.41.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
18/10/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10632257	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
3747867	CEDULA DE CIUDADANIA	JAIRO RAFAEL ORTIZ LOAIZA

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CL 14 9 28	BARRANQUILLA	LA PLAYA

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3510312	3016693834	jairo73ortizloaiza@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1973/07/09	UNION LIBRE	SECUNDARIA	PROPIA

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	2022/10/18	2022/10/ 18

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
22531447	CEDULA DE CIUDADANIA	CLAUDIA FONTALVO

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NIVEL EDUCATIVO	SUELDO
1976/02/05	FEMENINO	NINGUNO	$0

CARGO U OFICIO	EMPRESA	NIT
DESCONOCIDO	NO AFILIADO	0

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi EPS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488265868	18 10 20 22

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ( ) B. Reporte de Novedades (X)	A. Individual ( ) Cotizante o Cabeza de Familia (X) Beneficiario o afiliado adicional ( ) B. Colectivo ( ) 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 ( )	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
ORTIZ	LOAIZA	JAIRO	RAFAEL
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Nº del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	11. Estado Civil	EPS anterior
CC	3747867	Femenino ( ) Masculino (X)	09 07 1973 (D D M M A A A A)	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia	13. Discapacidad (Tipo: F, N, M; Condición: T, P)	14. Puntaje SISBEN	15. Grupo de población especial

16. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	17. Administradora de pensiones	18. Ingreso base de cotización – IBC
SURA ARL	PORVENIR	1000000

19. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 14 NO 9 28		3017877308	gabrielmensajero17@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana (X) Rural ( )	LA PLAYA	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. Nº del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	

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

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		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
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 (Marque con una X) Tipo: F, 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	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		
E		
T		

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				
KRA 50 NO 72 61	3185373	segsocialtempocolba@grupocolba	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

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 la identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | 42. Fecha de nacimiento: 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

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 impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

X 49. Declaración de no información 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 la 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

KAIRO ORTIZ	
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: CC TI PA CD Total
RC CE PE SC

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

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

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

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

61. Copia de la orden judicial del acta administrativa de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBEN

Número de Ficha | Puntaje | Nivel

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

69. Fecha de Validación D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

161980972

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Martinez	Orellana	Ever	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	72169174	Femenino / Masculino ✓	D D M M A A A A: 03 11 1970

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
		1200000

18. Residencia
Dirección: Cra 13 # 84-99
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3044595153
Correo Electrónico: emartinezorellana@gmail.com
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. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino / Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

OFIX

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Tempocol SA	NIT ☒ TI CE CC PA CD	8020102716	

39. Ubicación
Dirección: | Teléfono Fijo:

Correo Electrónico: | Municipio: Bogotá | Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	03/10/2022

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
		03 OCT 2022

Observaciones: Original

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVER ENRIQUE MARTINEZ ORELLANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72169174,** se encuentra afiliado/a desde **27/02/1996** 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 octubre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
9488261104	06 10 2022

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3 Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual ☐ Cotizante o Cabeza de Familia X Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ 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 ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
DE LA HOZ	OJEDA	CESAR	ARTURO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Nº del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1045690629	Femenino ☐ Masculino X	10 10 1984 (D D M M A A A A)	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

RH	12. Discapacidad	Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA ARL	COLFONDOS	1000000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CRA 10 NO 7 52		3002983181	segsocialtempocolba@grupocolba.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana X Rural	LA PLAYA	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. Nº del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	

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

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		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
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 (Marque con una X) Tipo F 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
S		
B		
P		

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. Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KRA 50 NO 72 61	3185373	segsocialtempocolba@grupocolba	BARRANQUILLA	ATLANTICO

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 | 42. Fecha de nacimiento: 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

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 información 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 la 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

César Delgado

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: Total

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

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

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

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A 69. Fecha de Validación D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CESAR ARTURO DE LA HOZ OJEDA identificado(a) con C.C No. 1.045.690.629, 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 06 de octubre 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

FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

RECIBIDO VIA WEB

FECHA DE GENERACIÓN
04/10/2022

NÚMERO DE RADICADO	TIPO DE AFILIADO
10625730	DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	EMPRESA
802010216	TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL
TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
72169174	CEDULA DE CIUDADANIA	EVER MARTINEZ ORELLANO

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	BARRIO
CR 13 84 99	BARRANQUILLA	NO ESPECIFICADO

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3000000	3044595153	emartinnezorellano@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA
1970/11/03	SOLTERO	NINGUNO	OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
OFICIAL DE CARPINTERIA METALICA	$1.200.000	ACTIVO

HORARIO LABORAL	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE RECIBO
TIEMPO COMPLETO	2022/10/03	2022/10/ 04

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

Medellín, 03 de Octubre 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
C72169174	MARTINEZ ORELLANO EVER ENRIQUE	03/10/2022		12321823	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:C11408576612227664891

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 03/10/2022 18:01:29 .
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, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA