

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA MERCEDES FONSECA LANDINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40037346**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2012** 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 22 de marzo de 2023.



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

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación: 169835505

Fecha de Radicación: 16/03/2023

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación, B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual, B. Colectiva, C. 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

6. Código: (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Jansaca, Segundo Apellido: Jansaca, Primer Nombre: Laura, Segundo Nombre: Mercedes

7. Tipo de documento de identidad: CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC

8. Número del documento de identidad: 42037346

9. Sexo: Femenino, Masculino

10. Fecha de nacimiento: 04/09/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia: Positiva

12. Discapacidad: Tipo F, N, M, Condición T, P

13. Puntaje SISBEN: Colpensionado

14. Grupo de población especial: 4400.000

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva

16. Administradora de Pensiones: Colpensionado

17. Ingreso base de cotización - IBC: 4400.000

18. Residencia: Dirección: Calle 3A + 139A-01 casa 6, Teléfono Celular: 3203479333, Correo Electrónico: laurajansacalane@hotmail.com, Municipio / Distrito: Tunja, Zona: Urbana, Localidad / Comuna: Boyacá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Jansaca, Segundo Apellido: Jansaca, Primer Nombre: Laura, Segundo Nombre: Mercedes

20. Tipo de documento de identidad: CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC

21. Número del documento de identidad: 42037346

22. Sexo: Femenino, Masculino

23. Fecha de nacimiento: 04/09/1974

24. Apellidos y nombres: B1, B2, B3, B4, B5

25. Tipo de documento de identidad: CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC

26. Número del documento de identidad: 42037346

27. Sexo: Femenino, Masculino

28. Fecha de nacimiento: 04/09/1974

29. Parentesco: B1, B2, B3, B4, B5

30. Etnia: Positiva

31. Discapacidad: Tipo F, N, M, Condición T, P

32. Datos de Residencia: Municipio / Distrito: Tunja, Zona: Urbana, Localidad / Comuna: Boyacá

33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS): 4400.000

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: EPS Sanitas

Código de la IPS (a registrar por la EPS): 4400.000

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

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

35. Nombre o razón social: EPS Sanitas

36. Tipo documento de identificación: NIT, TI, CE, CD, CC, PA, SC

37. Número del documento de identificación: 42037346

38. Tipo de aporte: A. Aporte a cargo del Empleador, B. Aporte a cargo del Afiliado

39. Ubicación: Dirección: Calle 3A + 139A-01 casa 6, Teléfono Fijo: 6087410422

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, 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

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: Jansaca, Segundo Apellido: Jansaca, Primer Nombre: Laura, Segundo Nombre: Mercedes

42. Fecha: 16/03/2023

43. EPS anterior: Sanitas

44. Motivo de traslado: Código: 01

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. 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 intervención 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 genera 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 requieren.

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.

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: [Firma]

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: [Firma]

VIII. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: 1, TOTAL: 1

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 sujeta 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: 160000, Código del Departamento: 16

67. Datos del SISBEN: Número de ficha: 4400.000, Puntaje: 4400.000, Nivel: 4400.000

68. Fecha de radicación: 16/03/2023

69. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo de documento: 42037346, Número de documento de identidad: 42037346, Primer Apellido: Jansaca, Segundo Apellido: Jansaca, Primer Nombre: Laura, Segundo Nombre: Mercedes

70. Firma del Funcionario: [Firma]

71. Observaciones: [Firma]

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: EPS Sanitas, Sello de Radicación: 169835505, Sector procesamiento: 169835505