

**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:

WILMER ALEXANDER DAZA CORDOBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.335.960**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Mayo del 2023.

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.

9010068633

9010068633

No. de Radicación

26236683

Fecha de Radicación

25 | 05 | 2023 | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres Primer DAZA	CORDOBA	WILMER	ALEXANDER
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 7335960	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento D 01 D 01 M A A 1985 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia O	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN 0	14. Grupo de población especial 20	15. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA	SIN AFP	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.160.000	18. Residencia CARRERA 11 12 56	Teléfono fijo NT		3222144990		
Correo electrónico	GARAGOA	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna		BOYACA	

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E. - SEDE GARAGOA	1272	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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 DAZA CORDOBA WILMER ALEXANDER	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 7335960	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CARRERA 11 12 56	NT	GARAGOA	BOYACA
	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de 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
42. Fecha novedad	25	05	2023	A
43. EPS anterior	NINGUNA			
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	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 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	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:				
71. Firma del funcionario						CARGO: INDEPENDIENTE				

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.