SEGUIREMOS

Contigo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMSSANAR EPS SAS
MRC - Independiente

La EPS EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 16942586
Apellidos:	VALENCIA ANCHICO
Nombres:	JOSE LUIS
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	MRC - Independiente
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de afiliación:	Activo
Estado de servicio:	Activo
Fecha de Afiliación:	01/02/2023
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	CALI
Zona:	Urbana

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE RED DE SALUD DEL ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (VALLE)	CL 72 U # 28 F - 00	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Articulo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 8 de Marzo de 2023 a solicitud del interesado.

na

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS
Sede Administrativa Cali
Dirección Cra 100 N. 11 - 60
Sede Centro Comercial Holguines
Local 2 / 2do Piso

Atención al afiliado
Línea nacional gratuita 087 858
Whatsapp / Línea Usuarios: 300 912 7852

Instituciones Prestadoras de Servicios
Línea de atención prestadores: 300 912 7190

www.emssanar.org.co

SEGUIREMOS

Contigo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMSSANAR EPS SAS
MRC - Independiente

La EPS EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Sede Administrativa Pasto
Dirección: Calle 19a Cra 33 esquina
B/ La Aurora

Sede Administrativa Cali
Dirección: Cra 100 N. 11 - 60
Sede Centro Comercial Holguines
Local P7 2do Piso

Atención al afiliado
Línea nacional: 018000 187 250

Instituciones Prestadoras de Servicios
Línea exclusiva [illegible] 300 612 7194

www.emssanar.org.co

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Emssanar S.A.S.
Formulario No. 8815186355418
Fecha de radicación 07/03/2023

ESSC18

I. DATOS TRÁMITE

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

Ocupación					
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS	3

A. AFILIACIÓN

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VALENCIA	ANCHICO	JOSE	LUIS

Tipo de Identificación	Número de Identificación				Fecha de Nacimiento
CC	16942586	Femenino [ ]	Masculino [X]		02/06/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Situación	Discapacidad	Condición	Pertenencia Étnica	Grupo Poblacional
06 - Otros	Ninguna		0,00	09 - Víctimas del conflicto armado.

Administradora Anterior	Administradora Pensión Obligatoria	Ingreso Base COTIZACIÓN
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	0000: Sin AFP	$ 1.160.000

Dirección		Teléfono	Correo Electrónico
KR 39 49 16		3168059006	notengo@gmail.com

Municipio			Departamento
CALI	Urbana [X]	Rural [ ] 1501 - EL RETIRO	VALLE DEL CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

	Nombre de la IPS	Código de la IPS
0	ESE RED DE SALUD DEL ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (VALLE) - CL 72 U # 28 F - 00	02005090300130 Sede: 1

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

Nombre o Razón Social		Identificación	
JOSE LUIS VALENCIA ANCHICO		CC16942586	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 39 49 16		notengo@gmail.com	CALI	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo 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.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de 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

Tipo de Novedad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento	Número de Documento

EMSSANAR S.A.S
NIT.901.021.565-8

GESTIÓN COMERCIAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALENCIA ANCHICO JOSE LUIS** identificado(a) con **CC** número **16.942.586** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de abril de 2013 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 marzo de 2023.

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

202303092156

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JOSE LUIS VALENCIA ANCHICO** con **CC** No. **16942586**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 890399011 - MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	**Fecha de última cobertura:** 01/03/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 27/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/04/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** ESPECIALISTAS EN ORGANIZACION, ADMINISTRACION DE EMPRESAS, ANALISIS FINANCIERO Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301013253061.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06