

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado ☐ B. Colectiva ☐		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) <input type="text"/>	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)					
A. AFILIACIÓN					
6. Apellidos y Nombres CAICEDO		7. Tipo de Documento de Identidad CC		8. Número del documento de identidad 16787940	
9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☒		10. Fecha de Nacimiento 1 9 0 4 1 9 7 1		11. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos personales					
11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		13. Grupo de Población Especial <input type="text"/>	
15. Administradora de Riesgos Laborales - COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.		16. Administradora de Pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES		17. Ingreso Base de Cotización - IBC 1160000	
18. Residencia CR 1 C4 # 78 - 02 SANTIAGO DE CALI Municipio/Distrito		3996385 Zona Urbana ☒ Rural ☐		3155749172 ALFONSO LOPEZ Localidad/Comuna	
				VALLE Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR					
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente					
19. Apellidos y Nombres					
20. Tipo de Documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	
				23. Fecha de Nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados					
24. Primer apellido		25. Segundo apellido		26. Primer nombre	
B1		B2		B3	
B4		B5			
27. Tipo de documento de identidad		28. Número del documento de identidad		29. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	
B1		B2		B3	
B4		B5			
				30. Fecha de nacimiento	
				D D M M A A A A	
				D D M M A A A A	
				D D M M A A A A	
				D D M M A A A A	

Datos complementarios					
29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	
B1		B2		B3	
B4		B5			

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito		Zona Urbano ☐ Rural ☐	
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 1			
B 2			
B 3			
B 4			

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 HAROLD ANCIZAR CAICEDO RAMIREZ		36. Tipo de Documento de identidad CC		37. Número del documento de identificación 16787940	
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) Independiente		39. Ubicación CRA 1C3 77 61 PETECUY Dirección		6666666 Teléfono	
		haroldcaicedoramirez@hotmail.com Correo electrónico		CARTAGENA Municipio/Distrito	
				BOLIVAR Departamento	

NIT 900.226.715-3

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

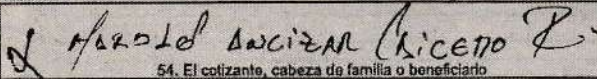
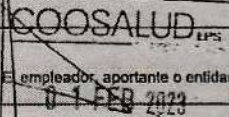
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha			
☐		Femenino ☐ Masculino ☐				8 1 0 2 2 0 2 3			
43. EPS anterior		44. Motivo de Traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					
		Código ☐							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 46. Declaraciones 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 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 de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo 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 CO SC	Cantidad:	0 0 0 0 0 0 0 0	Total	0
☐ 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 CUMPLIDOS 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 de ficha	Puntaje	Nivel			
70. Datos del funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario			
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad					

OBSERVACIONES:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HAROLD ANCIZAR CAICEDO RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16787940**, se encuentra afiliado/a desde **25/07/1990** 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 13 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.

**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 **HAROLD ANCIZAR CAICEDO RAMIREZ** con CC No. **16787940**, 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: 07/03/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 28/02/2023 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): 202301013324181.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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