

Distrito: 015 Zona: 02
 Usuario: 11797047D15T15

Consultas y Reportes ▶ Entidades ▶ Seguridad ▶ Salir

Versión 2.0 - Enero 22 de 2011

Incluir información Falsa en el Sistema acarrea Sanciones Disciplinarias, Administrativas y Penales.

Tipo Doc. Documento

C 77027809 [Búsqueda por nombres](#)

Buscar

Información del ciudadano

Tipo Doc.	Documento	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Año nacimiento	DIM	Conting	Profesión	No. Tarjetas	Hoja de datos	Rel. Definitiva	Unidad	Municipio de inscripción	Acta clasificación	Fecha acta	Fecha ino
C	77027809	RAMIREZ	ARIZA	EDGAR			1907	015		BACHILLER	01		0013 - 15/03/1989			101	13/12/1988	

Información del ciudadano (continuación...)

Citado el	Archivo	Nacionalidad	Estrato	Estado	Junta Remisos	Placilla duplicado
				YA DEFINIO SITUACION MILITAR		

Ubicación

Colagio

Exámenes

Recibos

Recibo CCM	Valor CCM	Recibo Reclasificación	Valor Reclasificación	Multa	Fecha pago	Recibo 2350	Fecha recibo 2350





REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
CONSEJO PROFESIONAL DE
ADMINISTRACION DE EMPRESAS



T.P. 57769 No. Res. 8941 Fecha: 14/12/12
D / M / A

EDGAR
RAMIREZ ARIZA

C.C. 77027809 VALLEDUPAR-CESAR

Universidad: POPULAR DEL CESAR

Título: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

Fecha de Título: 17/12/99
D / M / A

57647



**La suscrita Directora Ejecutiva del
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

Organismo creado por la Ley 60 de 1981, reglamentada por el Decreto 2718 de 1984 y facultado por la citada ley para otorgar la Matrícula Profesional; y en consecuencia, expedir la correspondiente Tarjeta Profesional de los administradores de empresas, administradores de negocios, y demás denominaciones reconocidas por el Consejo

CERTIFICA:

Que la matrícula y la tarjeta profesional No. 57769 expedidas a nombre del señor EDGAR RAMIREZ ARIZA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 77027809, se encuentran vigentes.

Que el señor EDGAR RAMIREZ ARIZA, no tiene registradas sanciones ni presenta antecedentes disciplinarios en el Consejo Profesional de Administración de Empresas.

Que la matrícula y la tarjeta profesional No. 57769 fueron otorgadas el día 14 de Diciembre de 2012 mediante la resolución No. 8941 del Consejo Profesional de Administración de Empresas.

La presente certificación tiene una vigencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en Bogotá, D.C., el veinticinco (25) de Agosto de 2023.

Firmado digitalmente por
-OLGA LUCÍA MONTES GORDILLO
Directora Ejecutiva

Certificación de vigencia y de antecedentes disciplinarios No. 283230

El presente certificado se emitió en formato electrónico y ha sido firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica y probatoria. Su impresión será tomada en cuenta como copia del original emitido en medios electrónicos. Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la página <https://tramites.cpae.gov.co/tramites/> - opción Confirmación Certificaciones e ingrese el siguiente código de verificación:

283230-77027809-57769

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 230059459



PIB

19:19:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDGAR RAMIREZ ARIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 77027809:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de agosto de 2023, a las 19:21:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	77027809
Código de Verificación	77027809230825192150

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:19:28 AM horas del 28/08/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **77027809**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ ARIZA EDGAR**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 –
25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/08/2023 10:22:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **77027809** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **71278959** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

	AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE POSTULANTES DE CONTRATACIÓN O CONTRATISTAS	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-010 VERSIÓN: 01
---	--	--

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás regulaciones aplicables en materia de protección de datos personales en Colombia, el titular manifiesta que entrega de manera libre y espontánea sus datos y autoriza el tratamiento de estos, teniendo en cuenta que:

1. El titular ha sido informado que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- y el Fondo Rotatorio del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – FONDANE, identificados con NIT 899.999.027-8 y 800072977-0, respectivamente, ubicados Carrera 59 No. 26-70, Interior I – CAN, Bogotá, cuentan con una Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual se encuentra publicada en www.dane.gov.co/index.php/ventanilla-unica, con el fin de dar a conocer la naturaleza del tratamiento y los fines para los cuales se recolectan sus datos personales, entendiendo que entre los mismos se pueden incluir datos de carácter sensible, frente a los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento.

Los datos sensibles son aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación

2. El titular ha sido informado que la autorización del tratamiento de datos personales incluye la recolección, procesamiento, almacenamiento, uso, circulación, supresión, actualización, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de los datos suministrados, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones que le corresponden al DANE-FONDANE, en virtud del contrato suscrito con titular en calidad de postulante o contratista.
3. El titular ha sido informado sobre los derechos que, como titular de los datos personales, están previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, para: **a)** acceder de forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento; **b)** solicitar la actualización y rectificación de su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado; **c)** solicitar prueba de la autorización otorgada; **d)** presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente; **e)** revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información; **f)** abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes, si no lo considera necesario.

Para efectos de conocer, actualizar, corregir, rectificar y/o suprimir sus datos personales, se han establecido los siguientes puntos de contacto:

	AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE POSTULANTES DE CONTRATACIÓN O CONTRATISTAS	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-010 VERSIÓN: 01
---	--	--

*Comunicación escrita dirigida al Oficial de Datos Personales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE, Carrera 59 No. 26-70 Interior I - CAN, Bogotá – Colombia o en las diferentes sedes del DANE a nivel nacional, cuya información se puede consultar en <https://www.dane.gov.co/index.php/sedes>

*Solicitud vía correo electrónico: contacto@ dane.gov.co **incluyendo en el asunto del correo: Datos Personales.**

*Sitio Web www.dane.gov.co

*Comunicación telefónica: línea gratuita nacional 01 8000 912002 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Líneas DANE-FONDANE Central Bogotá (601) 597 8300 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

4. El titular ha sido informado de los fines para los cuales se solicitan sus datos personales, que incluyen datos privados y semiprivados, pero no se limitan a éstos, sino que puede incluir información sensible relacionada con su estado de salud, datos biométricos tales como registros fotográficos, huellas, capturas de cámaras de video, entre otros para:
 - a) El cumplimiento de las funciones Constitucionales y Legales del DANE-FONDANE
 - b) Identificación del titular
 - c) La ejecución de la relación contractual
 - d) Pago de honorarios
 - e) El levantamiento de registros contables y/o estadísticos
 - f) Los reportes a autoridades de control y vigilancia
 - g) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas, incluyendo cualquier información relacionada con el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.
 - h) Otros fines administrativos, de seguridad y salud en el trabajo y de contacto.

5. EL titular se compromete a proporcionar información verídica durante su relación precontractual y contractual con el DANE-FONDANE, sin omitir o alterar información alguna. Además, es consciente de las responsabilidades civiles y penales que se derivan de la omisión de datos, suplantación, alteración de sus datos personales o de terceros o falsedad en los mismos.

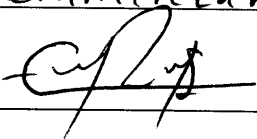
 DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE POSTULANTES DE CONTRATACIÓN O CONTRATISTAS	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-010 VERSIÓN: 01
---	--	--

6. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de DANE-FONDANE, a quien éste contrate para el ejercicio de éstos, o a quien ceda sus derechos, sus obligaciones o posición contractual a cualquier título, en relación con los derechos y obligaciones que le corresponden.

La presente autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada según los eventos previstos en la ley, sin que pueda ser revocada, total o parcialmente, durante la vigencia del contrato y de los plazos establecidos para la retención documental.

7. En virtud de lo anterior el titular entrega de manera libre y espontánea sus datos y **Autoriza** el tratamiento de los datos personales. SI ☒ NO ☐

Nombre completo: EDGAR RAMIREZ ARIZA
 C.C: 77027809
 Lugar y fecha: VALEPAR 30-08-2023
 Correo Electrónico eramirezariza3005@gmail.com

Firma: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN						3. RÉGIMEN							
A. AFILIACIÓN ☐		B. REPORTE DE NOVEDADES ☒		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐						B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐			C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐		
4. TIPO DE AFILIADO				5. TIPO DE COTIZANTE				CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD					
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐				A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐						28A 08S 2023O					

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																	
PRIMER APELLIDO RAMIREZ				SEGUNDO APELLIDO ARIZA				PRIMER NOMBRE EDGAR		SEGUNDO NOMBRE							
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	CX	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 77.027.809		9. SEXO	F	X	10. FECHA NACIMIENTO	30	105S	1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES					
				Tipo F N M Condición T P						SUTRA					
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES PROTECCION				17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 1.680.000				18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ZONA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO			
MZ 6 C 28 3 ETAPA CIUDADELA 450 AÑOS				U. X R.				VALLEDUPAR		450 AÑOS		CÓDIGO IPS 13069			
CIUDAD / MUNICIPIO VALLEDUPAR				DEPARTAMENTO CESAR				TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL 3165209491		CORREO ELECTRÓNICO eramirezariza3005@gmail.com			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO	F	M	23. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				26. NÚMERO DE IDENTIDAD		27. SEXO		28.. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD		
				CN RC TI CC CE PA SC						F M		DÍA MES AÑO							Tipo Condición		
1				CN RC TI CC CE PA SC															F. N. M. T. P.		
2				CN RC TI CC CE PA SC															F. N. M. T. P.		
3				CN RC TI CC CE PA SC															F. N. M. T. P.		
4				CN RC TI CC CE PA SC															F. N. M. T. P.		
32. DATOS DE RESIDENCIA						33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)						34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)						NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL	
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil													
1				R. U.																	
2				R. U.																	
3				R. U.																	
4				R. U.																	

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 INDEPENDIENTE				36. Tipo documento de identidad CX C.E. P.A. C.D. N.I.				37. Número documento de identidad 77.027.809				DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones													
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN MZ 6 C 28 3 ETAPA CIUDADELA 450 AÑOS				VALLEDUPAR				CESAR				TELÉFONO FIJO				3165209491				VIL				ERAMIREZARIZA3005@GMAIL.COM			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				01 09S 2023				CARGO				GESTOR				SALARIO				1.680.000							

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		☐		14. TRASLADO	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS		☐		A) MISMO RÉGIMEN	
Código				B) DIFERENTE RÉGIMEN	
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	
				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
				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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de)				43. EPS ANTERIOR				44. MOTIVO DE TRASLADO				45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES						
DÍA MES AÑO				Código				Código										

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____		☐
desde el día _____ del mes _____ del año _____		
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.		☐
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. Anexo soporte de la Entidad		
49. Declaración de no intermediación 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. Firma y sello del 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: ☐ ☐ ☐ 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 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				67. Datos del SISBEN				68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación				
Código del Municipio		Código del departamento		Número de ficha		Puntaje		Nivel		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación															
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre			
Tipo documento de identidad				Número del documento de identidad				71. Firma del funcionario							

OBSERVACIONES:

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **EDGAR RAMIREZ ARIZA** identificado (a) con

R.C.	T.I.	C.x	C.E.
------	------	-----	------

 Otro: _____

número **77.027.809** de **VALLEDUPAR**, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes

SÍ ☒ No ☐

2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS

SÍ ☒ No ☐

3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes

SÍ ☒ No ☐

4. Leí el contenido de la carta de desempeño

SÍ ☒ No ☐

5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ ☒ No ☐

6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ ☒ No ☐

7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas

SÍ ☒ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3165209491**

y/o correo electrónico: **ERAMIREZARIZA3005@GMAIL.COM**

SÍ ☒ No ☐

Cordialmente,

Firma:

Tipo ID: **CC** No. ID: **77.027.809**

Fecha (dd/mm/aaaa): **01/09/2023**

Dirección: **MZ 6 C 28 3 ETAPA CIUDADELA 450**

Tel: **3165209491** Municipio **VALLEDUPAR**

Departamento: **CESAR**

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: **ROBINSON DIAZ**

Código **1954** Oficina **VALLEDUPAR**

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ ☒ X		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ ☐	
GESTOR SENSO ECONOMICO		SURA		PROTECCION		§ 1.680.000				NO ☐		AGROPECUARIO		NO ☒ X	
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☒ X	Doctorado ☐	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador ☐	Contratista ☒ X	Trabaja por su Cuenta ☐					
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado ☐	Inicio Contrato		01-09-2023		Fin Contrato		31/12/2023			
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado ☐										

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero		Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte		DV
---	--	--------------------	--	------------------------	--	----------	-----------	-----------	--	--	----

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR		CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones		
ROBINSON DIAZ NUMA		C 1954	ROSA				
							CIUDAD Y FECHA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ ARIZA EDGAR** identificado(a) con **CC** número **77.027.809** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de febrero de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de agosto de 2023.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

2023082812580