POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/06/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900890355	**Cédula Usuario:**	CC 24230632
Nombre:	SERVICIOS AGRO AMBIENTALES DEL LLANO SAS				
Dirección:	CL 16 11 24				
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	VILLANUEVA		
Correo electrónico:	seallsas.ms@gmail.com				
Teléfono:	3005873179	**Tarifa:**	1.044		
Actividad Económica:	2016102 ACTIVIDADES DE APOYO A LA AGRICULTURA, LAS ACTIVIDADES AGRICOLAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCION O POR CONTRATA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES AGRICOLAS COMO: ACONDICIONAMIENTO DE TERRENOS, TRATAMIENTO DE CULTIVOS, PLANTACION O SIEMBRA DE CULTIVOS, TRANSPLANTE DE ARROZ, COSECHA, PODA DE ARBOLES FRUTALES Y VINAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 24230632	FANNY STELLA MENDOZA CARDOZO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	197	04/07/2023	CC 80746868	PARRA PEÑA ERNESTO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

1830A7B9AD2534B6E7960A88D5B32962 Certificado impreso el día 6/28/2023 9:06:03 PM por el portal de empresas Edesk

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

170919646

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia | B. [illegible] | Beneficiario o Afiliado adicional | C. [illegible]
3. Régimen: A. [illegible] X | B. [illegible]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
Código

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PARRA	PEÑA	ERNESTO	

7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC X | PA | SC
8. Número del documento de identidad: 80.746.868
9. Sexo: Femenino | Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 11011984

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 2.753.910

18. Residencia
Dirección: M7 10 LOTE 20
Teléfono Celular: 3222862915
Correo Electrónico
Municipio / Distrito: VILLANUEVA
Zona: Urbana X | Rural
Localidad / Comuna
Departamento: CASANARE

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: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC
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 adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia: Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Localidad / Comuna	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

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		
B		
B		

Original: EPS - Copia 2: Usuario - Copia [illegible]

Powered by CamScanner

35. Nombre o razon social

SCALL SAS

36. Tipo documento de Identificacion: CC X TI CE PA CD

37. Numero del documento de Identificacion: 900.890.355

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones a registrar por la EPS

Direccion

CRA 9 # 3-18

Telefono

Seallsasadmon@gmail.com

Municipio

VILLANUEVA

Departamento

CASANARE

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificacion de datos basicos de identificacion
- 2. Correccion de datos básicos de identificacion
- 3. Actualizacion del documento de identidad
- 4. Aclaracion y correccion de datos complementarios
- 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS
  - Codigo
- 6. Reinscripcion en la EPS
- 7. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relacion laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- 10. Terminacion de la relacion laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Vinculacion a una administradora del régimen contributivo
- 12. Desvinculacion de una entidad autorizada para recibir aportes
- 13. Movilidad
  - A. Regimen Contributivo
  - B. Regimen Subsidiado
- 14. Traslado
  - A. Mismo Regimen
  - B. Diferente Regimen
- 15. Reporte de fallecimiento
- 16. Reporte definitivo de protección al cesante
- 17. Reporte de Invalidez de Prestaciones
- 18. Reporte de Invalidez de Pensionado

C. DATOS PARA ESTA NOVEDAD

41. Datos basicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino		07072023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensacion Familiar o pagador de pensiones
SANITAS EPS	Codigo	

D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaracion de dependencia economica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 47. Declaracion de la no obligacion de afiliarse al Regimen Contributivo. Estudiantes, Practicantes
- 48. Declaracion de existencia de hechos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la oportuna presentacion de novedades
- 49. Declaracion de no interrupcion de la cotizacion o de falta a beneficiarios. Trabajadores de Servicio Domestico
- 50. Autorizacion para que la EPS consulte y recolecte datos y copia de documentos de identidad de sus beneficiarios y afiliados adicionales
- 51. Autorizacion para que la EPS reporte a entidades que se refiere el art. 6 de la Ley 1266 de 2008 los datos de afiliacion y novedades de sus afiliados y beneficiarios que por sus funciones lo requieran
- 52. Autorizacion para que la EPS trate los datos personales del cotizante, beneficiarios y afiliados adicionales de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. Autorizacion para que la EPS envie información al correo electrónico suministrado

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucion o de oficio

F. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL

- 56. Anexo copia del documento de identidad
- 57. Copia del certificado de existencia y representación legal
- 58. Copia del registro civil de nacimiento
- 59. Copia de la sentencia judicial que declara la unión marital de hecho
- 60. Copia del certificado de escolaridad
- 61. Copia de la tarjeta de identidad
- 62. Documento que acredite la calidad de cabeza de familia
- 63. Copia de la resolución de reconocimiento de la pensión
- 64. Certificado de discapacidad
- 65. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado

EPS SANITAS

RECIBIDO PARA VERIFICACION POR LA EPS

RECIBIDO POR: 07/07/2023

66. Identificacion de la Entidad Territorial

67. Datos del SISBEN

68. Fecha de Radicacion

69. Fecha de Validacion

70. Datos del funcionario que realiza la validacion

71. Firma del Funcionario

Observaciones

Pedro J. Calixto

19.397.783

No. de Radicacion

Sticker

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PARRA PEÑA ERNESTO** identificado(a) con **CC** número **80.746.868** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de noviembre de 2012 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 29 de junio de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestion 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