

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARELA OÑATE MARIO MARIO** identificado(a) con **CC** número **1.122.410.024** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de marzo de 2021 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 26 de septiembre 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

2023092609484



No. de Radicación SAT

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación ☒
B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación
A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia ☒
B. Beneficiario o afiliado adicional ☐

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 ☐

Fecha de Radicación: 20102023

6. Apellidos y nombres: Varela Oñate

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1122410024

9. Sexo: Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento: 30/11/1994

11. Etnia: 1160000

12. Discapacidad: 99

13. Puntaje SISBEN: 57

14. Grupo de población especial: Positivo

15. Administrador de riesgos laborales - ARL: Protección

16. Administradora de pensiones: 3165754487

17. Ingresos base de cotización - IPS: mmariovarela@gmail.com

18. Residencia: Bogotá

19. Apellidos y nombres: Bogotá

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Masculino ☒

23. Fecha de nacimiento: 30/11/1994

24. Apellidos y nombres: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad:

26. Número del documento de identidad:

27. Sexo: Masculino ☒

28. Fecha de nacimiento:

29. Parentesco: Datos complementarios

30. Etnia:

31. Discapacidad: Tipo, Condición

32. Datos de residencia: Municipio / Distrito, Zona, Departamento, Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Centro Medico Colsubsidio Plaza de las Americas

35. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 7444

36. Tipo de documento de identidad:

37. Número del documento de identidad:

38. Tipo de aporteante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Tipo de novedad:

40. Tipo de novedad:

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento

42. Fecha de novedad: 01/12/2023

43. EPS anterior:

44. Motivo de traslado:

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

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 impidan 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:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario:

55. El empleador, representante de entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio:

56. Anexo copia del documento de identidad: 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:

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio, Código del departamento

67. Datos del SISBEN: Número de la ficha, Puntaje, Nivel

68. Fecha de radicación:

69. Fecha de validación:

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, OBSERVACIONES: Independiente

71. Firma del funcionario: Avit Colanbrs

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.