

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1997**

SAN JUAN NEPOMUCENO
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-ENE-2016 ARJONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1529200-01318558-M-1002428711-20220914 0085250801A 1 35155765

ARL | sura

Medellín, 29 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PINZON JAMAICA JOHN FREDY.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1002428711	RODELO PAYARES JESUS ANDRES	30/03/2023		23022319	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/03/2023 11:44:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.74.107, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009914017
9009914017

No. de Radicación: 25942444
Fecha de Radicación: 05 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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 [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	RODELO	PAYARES	JESUS	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1002428711	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 30 12 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JOHN FREDY PINZON JAMAICA	CC	1075658462	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TV 5 D 17 90	3229225983		ZIPAQUIRA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		03 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información 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. 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 [ ] CD [ ] SC [ ] 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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JESUS ANDRES RODELO PAYARES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.428.711**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237622

Fecha
11/04/2023 10:48:46

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1002428711

Primer Apellido *
RODELO

Segundo Apellido
PAYARES

Primer Nombre *
JESUS

Segundo Nombre
ANDRES

Correo Electrónico *
IRINARODRIGUEZ415IR@GMAIL.COM

Fecha de Expedición *
27/01/2016

Lugar de Expedición
ARJONA

Fecha de Nacimiento *
30/12/1997

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
VEREDA LA ESMERALDA
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono
7433483

Celular
3118163533

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-04

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- ○ SI
- ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

- ○ SI
- ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- ○ SI
- ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- ◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

ARL | sura

Medellín, 03 de abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PINZON JAMAICA JOHN FREDY.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1061369779	ESCOBAR SERNA LUIS ALFREDO	04/04/2023		18184714	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/04/2023 18:35:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 192.144.114.19, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_1024051

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 1075658462 JOHN FREDY PINZON JAMAICA
Afiliado	CC 10613697779 LUIS ALFREDO ESCOBAR SERNA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. TV 5 D 17 90
Fecha de ingreso	03/04/2023
Fecha de radicación	12/04/2023 10:36:11 a.m.
Código de Transacción	156261485
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2023

Fecha de generación 12/04/2023

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESCOBAR SERNA LUIS ALFREDO** identificado(a) con **CC** número **1.061.369.779** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2011 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 12 de abril 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

20230412111154

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237683

Fecha
11/04/2023 11:00:06

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

○ Si ◉ No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1061369779

Primer Apellido *
ESCOBAR

Segundo Apellido
SERNA

Primer Nombre *
LUIS

Segundo Nombre
ALFREDO

Correo Electrónico *
afiliaciones2014@hotmail.com

Fecha de Expedición *
25/07/2009

Lugar de Expedición
BELÉN DE UMBRIA

Fecha de Nacimiento *
02/01/1989

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
CL 9 9 91
Seleccionar Dirección

Departamento *
Cundinamarca

Ciudad *
ZIPAQUIRÁ

Teléfono

Celular
3008306894

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-04

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- ○ SI
- ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- ○ SI
- ◉ NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- ◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

...GICA DE COLOMBIA
...ICACIÓN PERSONAL
...LA DE CIUDADANÍA

NUIP 80.542.070

FORERO GIRALDO

APELLIDOS

NELSON ENRIQUE

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1977

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-1995 ZIPAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1534000-01268499-M-0080542070-20211125 0076843044A 1 9617585116

Telefono = 3209533157
Direc = Calle 25 # 6B-09
1. De Mayo
Zipaquira.

Medellín, 21 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JOHN FREDY PINZON JAMAICA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80542070	FORERO GIRALDO NELSON ENRIQUE	24/04/2023		62481712	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10756584622311141478

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2023 11:31:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.113.164.213, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009977150

9009977150

No. de Radicación: 26086884

Fecha de Radicación: 25 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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 [ ] B. Subsidiado [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: FORERO	Segundo Apellido: GIRALDO	Primer Nombre: NELSON	Segundo Nombre: ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80542070	Femenino [ ] Masculino [X]	25 10 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JOHN FREDY PINZON JAMAICA	CC	1075658462	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TV 5 D 17 90	3229225983		ZIPAQUIRA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	24 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información 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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, cotizante 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: [ ] 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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION	
71. Firma del funcionario			

VIGILADO Supersalud

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2023-07-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 80542070	NELSON	ENRIQUE	FORERO	GIRALDO	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2023-07-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	23/05/2023	Activo	COTIZANTE	ZIPAQUIRA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2023-07-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2017-07-01	Inactivo
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2006-05-29	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2023-07-28

Segundo Nombre
enrique

Correo Electrónico *
gestoresempresarialesg.c@gmail.com

Fecha de Expedición *
12/12/1995

Lugar de Expedición
ZIPAQUIRÁ

Fecha de Nacimiento *
25/10/1977

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
CL 25 6 B 09
Seleccionar Dirección

Departamento *
Cundinamarca

Ciudad *
ZIPAQUIRÁ

Teléfono

Celular
3209533157

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-24

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300261853

Fecha
21/04/2023 12:02:34

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
80542070

Primer Apellido *
forero

Segundo Apellido
giraldo

Primer Nombre *
nelson

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5439916

COL

UTRERA HERRERA
APELLIDOS

DARWIN JAVIER
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

27425096
DNI Nro.

13-02-2000
FECHA DE NACIMIENTO

17-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

Darwin Utrera.
FIRMA

Dirección: La Esmeralda - Tocancipa

T.L.f: 3183708409

Correo: DarwinJavierUtrera@gmail.Com

EPS: SaNiTaS



E2146827

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5439916<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0002130M3105308VENE2146827<<<0
UTRERA<HERRERA<<DARWIN<JAVIER<

ARL | sura

Medellín, 10 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JOHN FREDY PINZON JAMAICA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X5439916	UTRERA HERRERA DARWIN JAVIER	11/04/2023		q6023716	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10756584622310063284

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/04/2023 17:34:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.46.193, 192.230.104.3, 172.16.42.57

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2023-08-25

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
PT 5439916	DARWIN	JAVIER	UTRERA	HERRERA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2023-08-25

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	07/06/2022	Activo	COTIZANTE	TOCANCIPA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2023-08-25

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2022-05-19	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2023-08-25

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2022-05-18	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2023-04-11	Activa		Cundinamarca- ZIPAQUIRÁ
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2022-11-20	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2023-08-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2023-08-25

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2023-08-25

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2023-08-25

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237704

Fecha
11/04/2023 11:03:30

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Permiso por Protección Temporal

Número de Identificación *
5439916

Primer Apellido *
UTRERA

Segundo Apellido
HERRERA

Primer Nombre *
DARWIN

Segundo Nombre
JAVIER

Correo Electrónico *
darwinutreraherrera@gmail.com

Fecha de Expedición *
17/04/2022

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
13/02/2000

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
LA ESMERALDA
Seleccionar Dirección

Departamento *
Cundinamarca

Ciudad *
TOCANCIPÁ

Teléfono

Celular
3183708409

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-11

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- SI
- NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- SI
- NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

ARL | sura

Medellín, 10 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JOHN FREDY PINZON JAMAICA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X5186530	ORDOÑEZ	JUAN VICENTE	11/04/2023		K180126C	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10756584622310063541

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/04/2023 17:39:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.46.193, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009925287
9009925287

No. de Radicación: 25958423
Fecha de Radicación: 11 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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 [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ORDOÑEZ	Segundo Apellido:	Primer Nombre: JUAN	Segundo Nombre: VICENTE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PT	5186530	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 30 M M: 11 A A A A: 1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	Municipio / Distrito:	Zona Urbana [ ] Rural [ ] / Localidad / Comuna:	Departamento:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo		Condición			Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
	F	N	M	T	P		Urbana	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		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JOHN FREDY PINZON JAMAICA	CC	1075658462	

39. Ubicación				
Dirección: TV 5 D 17 90	Teléfono fijo y/o celular: 3229225983	Correo electrónico:	Municipio / Distrito: ZIPAQUIRA	Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 10 M M: 04 A A A A: 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información 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. 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 [ ] CD [ ] SC [ ]
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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237739

Fecha
11/04/2023 11:10:42

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Permiso por Protección Temporal

Número de Identificación *
5186530

Primer Apellido *
ORDOÑEZ

Segundo Apellido

Primer Nombre *
JUAN

Segundo Nombre
VICENTE

Correo Electrónico *
juanvicente@gmail.com

Fecha de Expedición *
27/05/2021

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
30/11/1972

Nacionalidad *
VENEZOLANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
CL 22 N22 02
Seleccionar Dirección

Departamento *
Cundinamarca

Ciudad *
TOCANCIPÁ

Teléfono

Celular
3204625645

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-11

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- SI
- NO

Trabaja en Otra Empresa *

- SI
- NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- SI
- NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

o/AfiliacionPersona.aspx

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Salud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2023-07-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
PT 5186530	JUAN	VICENTE	ORDOÑEZ		M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2023-07-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	17/03/2022	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2023-07-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2022-06-15	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2023-07-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora

ARL | sura

Medellín, 10 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JOHN FREDY PINZON JAMAICA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1075653192	GOMEZ CAMARGO JULIO CESAR	11/04/2023		47167157	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10756584622310063742

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/04/2023 17:42:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.46.193, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009925302
9009925302

No. de Radicación: 25958445
Fecha de Radicación: 11 04 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GOMEZ	Segundo Apellido: CAMARGO	Primer Nombre: JULIO	Segundo Nombre: CESAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1075653192	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 23 M M: 11 A A A A: 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JOHN FREDY PINZON JAMAICA	CC	1075658462	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TV 5 D 17 90	3229225983		ZIPAQUIRA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

41. Datos básicos de Identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 10 M M: 04 A A A A: 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información 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. 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 [ ] CD [ ] SC [ ] 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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

Vigilado Supersalud

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIO CESAR GOMEZ CAMARGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.653.192,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Julio Cesar Gomez Camargo
Zipaquira Cund Vereda Tequia 1 Lote 1 Apto 205
Cel: 321 [illegible] 55 45



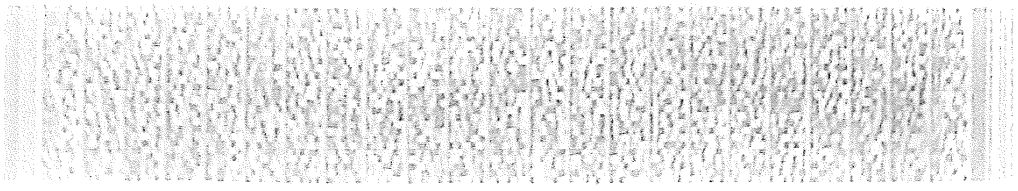
23-NOV-1986

ZIPAQUIRA
CUNDINAMARCA)

1.62 A+ M

[illegible]-FEB-2005 ZIPAQUIRA

REGISTRADOR [illegible]



Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237722

Fecha
11/04/2023 10:48:46

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1075653192

Primer Apellido *
GOMEZ

Segundo Apellido
CAMARGO

Primer Nombre *
JULIO

Segundo Nombre
CESAR

Correo Electrónico *
JULOCESAR@GMAIL.COM

Fecha de Expedición *
13/02/2015

Lugar de Expedición
ZIPAQUIRA

Fecha de Nacimiento *
23/11/1986

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
VEREDA LA ESMERALDA
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono
7433483

Celular
3118163533

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-04

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- SI
- NO

Trabaja en Otra Empresa *

- SI
- NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- SI
- NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.669.816

PATIÑO RINCON

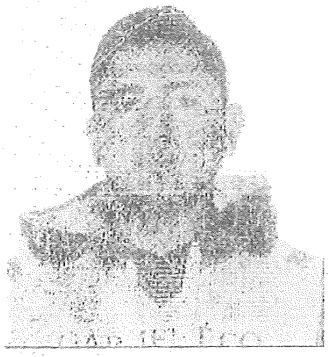
APELLIDOS

MARIO ALEXANDER

NOMBRES

Alexander R

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1993

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

07-JUN-2011 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1534000-00904544-M-1075669816-20170512 0055382476A 1 1824433547

ARL | sura

Medellín, 19 de Abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JOHN FREDY PINZON JAMAICA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1075669816	PATIÑO RINCON MARIO ALEXANDER	20/04/2023		15613619	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10756584622310951329

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/04/2023 14:15:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.113.164.213, 192.230.104.7, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_1074750

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	CC 1075658462 JOHN FREDY PINZON JAMAICA
Afiliado	CC 1075669816 MARIO ALEXANDER PATIÑO RINCON
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. TV 5 D 17 90
Fecha de ingreso	19/04/2023
Fecha de radicación	20/04/2023 11:50:43 a.m.
Código de Transacción	156793046
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2023

Fecha de generación 20/04/2023

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIO ALEXANDER PATIÑO RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.669.816**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300256807

Fecha
19/04/2023 14:26:29

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1075669816

Primer Apellido *
PATIÑO

Segundo Apellido
RINCON

Primer Nombre *
MARIO

Segundo Nombre
ALEXANDER

Correo Electrónico *
nicoltatiana37@gmail.com

Fecha de Expedición *
07/06/2011

Lugar de Expedición
ZIPAQUIRÁ

Fecha de Nacimiento *
05/06/1993

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
TV 5 D 20 67
Seleccionar Dirección

Departamento *
Cundinamarca

Ciudad *
ZIPAQUIRÁ

Teléfono
8514733

Celular
3204339089

Fecha Inicio de Contrato *
2023-04-20

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1160000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1160000

Departamento Sede de Trabajo *

Cundinamarca

Ciudad Sede de Trabajo *

ZIPAQUIRÁ

Trabaja en el Sector Agropecuario *

- SI
- NO

Trabaja en Otra Empresa *

- SI
- NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

- SI
- NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

ARL | sura

Medellín, 29 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PINZON JAMAICA JOHN FREDY.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1051815440	PEREZ RODELO PEDRO JOAQUIN	30/03/2023		126i1542	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/03/2023 11:46:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.74.107, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1051815440
NOMBRES	PEDRO JOAQUIN
APELLIDOS	PEREZ RODELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	TOCANCIPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2300237664

Fecha
11/04/2023 10:56:35

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
1075658462

Dígito de Verificación *
8

Razón Social
PINZON JAMAICA JOHN FREDY

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

Si No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1051815440

Primer Apellido *
PEREZ

Segundo Apellido
RODELO

Primer Nombre *
PEDRO