Cll 71 N° 29 - 44 / Sucursal Bogotá
Bogotá / Cundinamarca
PBX: (1) 756 2862
E-mail: principal@sevicol.com.co

CERTIFICACION DE LOS RECURSOS PARAFISCALES

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

DE

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA

SEVICOL LTDA

CERTIFICA QUE:

La empresa SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA, se encuentra al día en el pago de salarios, pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud EPS, Riesgos Profesionales, Pensiones, ICBF, Sena y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, por un periodo no inferior a los últimos Seis (6) meses calendario anteriores a la presentación de esta certificación; sus pagos y liquidaciones se efectúan correcta y oportunamente. Igualmente declaro que nos encontramos a Paz y Salvo y se ha cumplido con el pago de salarios y prestaciones sociales de todos sus empleados y se viene cumpliendo con el contrato de aprendizaje SENA.

Se expide la anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2.002 y Ley 828 de 2.003, en Bucaramanga, a los 29 días del mes de DICIEMBRE del 2023.

SAUL BRAVO PICO

CC No. 91.221.199 de Bucaramanga

REVISOR FISCAL

T-P 24789-T

VIGILADO SuperVigilancia R 20184100052287 del 5 de julio de 2018

NIT 830.003.564-7

9010670606

Fecha de Radicación: 22 | 12 | 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]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
OLAYA	PRIETO	YAMIR	EDITH

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52323794	Femenino [X] Masculino [ ]	D 22 M 12 A 1974

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 F N M Condición T P			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 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: 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)
SEVICOL LTDA	NT	890204162	

39. Ubicación		Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KM4 40 40 VIA GIRON	6457003		BUCARAMANGA	SANTANDER

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: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	D 21 M 12 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 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. [ ]

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

supersalud

NIT 830.003.564-7

9010670610

Fecha de Radicación: 22 | 12 | 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]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	VALBUENA	BARON	LUIS	ALEXANDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79994148	Femenino [ ] Masculino [X]	D 20 D M 12 M A 1979 A

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 F N M Condición T P			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

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	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	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)
SEVICOL LTDA	NT	890204162	

39. Ubicación				
KM4 40 40 VIA GIRON	6457003	Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio / Distrito	SANTANDER Departamento

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 21 D M 12 M A 2023 A

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 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. [ ]

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

supersalud

NIT 830.003.564-7

9010670613

Fecha de Radicación: 22 | 12 | 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]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] 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: MESA	Segundo Apellido: DONATO	Primer Nombre: LINA	Segundo Nombre: FERNANDA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1026300797	Femenino [X] Masculino [ ]	D 20 D M 01 M A 1998 A

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 [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

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
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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	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)
SEVICOL LTDA	NT	890204162	

39. Ubicación				
KM4 40 40 VIA GIRON	6457003	Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio / Distrito	SANTANDER Departamento

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	22 D M 12 M A 2023 A

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 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. [ ]

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

supersalud

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011443721	2|2|1|2|2|0|2|3

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

ipo de tramite
Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

Tipo de afiliado
Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SERNA	ZULUAGA	JHON	ALEJANDRO

Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1094728039	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|3\1|9|8|6

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 70C SUR 80I 23		3014507040	ALEJO.V28@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1				
2				
3				
4				
5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
1					
2					
3					
4					
5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
1							
2							
3							
4							
5							

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)
		Urbana	Rural			
1						
2						
3						
4						
5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
	-	-
	-	-
	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEVICOL LTDA	NIT	890204162	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
KM 4 40 40 6457003	3233232211	PRINCIPA@SEVICOL.COM.CO	GIRON	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

. Tipo de Novedad

- **1.** Modificación datos básicos de identificación
- **2.** Corrección datos básicos de identificación
- **3.** Actualización documento de identidad
- **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código:
- **6.** Reinscripción en la EPS
- **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- **18.** Reporte de la calidad del pensionado

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

ipo documento e Identidad	Número documento de Identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42.Fecha
				2|1|1|2|2|0|2|3

.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

6. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
7. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
8. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
9. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
0. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
1. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
2. ☒ 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 Decr eto 1377 de 013
3. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

I. FIRMAS

Jhon A. Serna Zuluaga	ERIKA SANGUINO
. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la rminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

6. Identificación de la ntidad Territorial ódigo del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validació

. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

bservaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011443749	2|2|1|2|2|0|2|3

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

ipo de tramite
Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐ **A.** Individual: **B.** Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

Tipo de afiliado
Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LOZANO	VANEGAS	YEIRSA	

Apellidos y nombres

Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1069482377	Femenino ☒ Masculino ☐	1|3|1|2|1|9|8|9

DATOS COMPLEMENTARIOS

atos personales

.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	COLFONDOS	1160000

.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 90 34 A 14 SUR		3142031517	YEIRSA.LOZANO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

atos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1				
2				
3				
4				
5				

	. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
1					
2					
3					
4					
5					

atos complementarios

	.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
1							
2							
3							
4							
5							

. 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)
		Urbana	Rural			
1						
2						
3						
4						
5						

eleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
	-	-
	-	-
	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEVICOL LTDA	NIT	890204162	01

.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
KM 4 40 40 6457003	3233232211	PRINCIPA@SEVICOL.COM.CO	GIRON	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y/o corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
18. Reporte de la calidad del pensionado

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

ipo documento e Identidad	Número documento de Identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42.Fecha
				2|2|1|2|2|0|2|3

.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

6. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
7. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
8. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
9. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
0. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
1. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
2. ☒ 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 Decr eto 1377 de 013
3. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

I. FIRMAS

Yeirsa Lozano Utinegas

. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

ERIKA SANGUINIO

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la rminación de la union marital.
60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

6. Identificación de la ntidad Territorial ódigo del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validació

. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

bservaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011451458	2|6|1|2|2|0|2|3

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

ipo de tramite
Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐ A. Individual: ☐ B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

Tipo de afiliado
Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RIALPE	CASTRO	ARBEY	

Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	93452421	Femenino ☐ Masculino ☒	2|6|0|9|1|9|7|6

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 81 96 24		3102130382	ARBEY2629@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1				
2				
3				
4				
5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
1					
2					
3					
4					
5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
1							
2							
3							
4							
5							

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)
		Urbana	Rural			
1						
2						
3						
4						
5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO	VSVILLAORI - VSVILLAORI
	-	-
	-	-
	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEVICOL LTDA	NIT	890204162	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
KM 4 40 40 6457003	3233232211	PRINCIPA@SEVICOL.COM.CO	GIRON	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

. Tipo de Novedad

- **1.** Modificación datos básicos de identificación
- **2.** Corrección datos básicos de identificación
- **3.** Actualización documento de identidad
- **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- **6.** Reinscripción en la EPS
- **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- **18.** Reporte de la calidad del pensionado

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

ipo documento e Identidad	Número documento de Identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|1|1|2|2|0|2|3

.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

6. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
7. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
8. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
9. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
0. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
1. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
2. ☒ 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 Decr eto 1377 de 013
3. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

I. FIRMAS

Arbey Rialpe Castro	ERIKA SANGUINO
. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

ANEXOS

- **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la erminación de la union marital.
- **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

6. Identificación de la ntidad Territorial ódigo del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validació

. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

bservaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Certificado de Aportes

Se certifica que NELLY MIREYA PUENTES PATAQUIVA identificado(a) con CC 52967283 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	329521504	9460174484	E	2023-12-11											X						

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	17	16%	$820,981	$131,400
AFP	PORVENIR	13	16%	$627,809	$100,500
ARL	COLPATRIA ARP	17	0%	$820,981	$0
ARL	COLPATRIA ARP	13	0%	$627,809	$0
CCF	COLSUBSIDIO	17	0%	$820,981	$0
CCF	COLSUBSIDIO	13	0%	$627,809	$0
EPS	SALUD TOTAL	17	4%	$820,981	$32,900
EPS	SALUD TOTAL	13	4%	$627,809	$25,200

Este certificado se expide el día 2023-12-28 a las 04:39.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ANTONIO MARIA ALVAREZ PRADA identificado(a) con CC 79264015 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	329523365	9460154153	E	2023-12-11									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$1,828,881	$292,700
ARL	COLPATRIA ARP	30	4.35%	$1,828,881	$79,600
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$1,828,881	$73,200
EPS	FAMISANAR	30	4%	$1,828,881	$73,200

Este certificado se expide el día 2023-12-28 a las 04:40.

Certificado de Aportes

Se certifica que IVAN ALBERTO SUAREZ MONROY identificado(a) con CC 79575089 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	329521504	9460174484	E	2023-12-11									X		X						

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	29	16%	$1,696,486	$271,500
AFP	COLPENSIONES	1	16%	$38,667	$6,200
ARL	COLPATRIA ARP	29	4.35%	$1,696,486	$73,800
ARL	COLPATRIA ARP	1	0%	$38,667	$0
CCF	COLSUBSIDIO	29	4%	$1,696,486	$67,900
CCF	COLSUBSIDIO	1	0%	$38,667	$0
EPS	SALUD TOTAL	29	4%	$1,696,486	$67,900
EPS	SALUD TOTAL	1	4%	$38,667	$1,600

Este certificado se expide el día 2023-12-28 a las 04:41.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUCLIDES TIQUE YAIMA identificado(a) con CC 1105060713 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	309546476	9459775987	E	2023-12-01									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,798,494	$287,800
ARL	COLPATRIA ARP	30	4.35%	$1,798,494	$78,300
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$1,798,494	$72,000
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,798,494	$72,000

Este certificado se expide el día 2023-12-28 a las 04:42.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 106046 correspondiente a la empresa Sevicol Limitada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
YAMIR EDITH OLAYA PRIETO	C.C.	52,323,794	21/12/2023
JANNETH JIMENEZ RAMIREZ	C.C.	52,433,253	22/12/2023
LUIS ALEXANDER VALBUENA BARON	C.C.	79,994,148	21/12/2023
ARBEY RIALPE CASTRO	C.C.	93,452,421	21/12/2023
LINA FERNANDA MESA DONATO	C.C.	1,026,300,797	22/12/2023
YEIRSA LOZANO VANEGAS	C.C.	1,069,482,377	22/12/2023
JHON ALEJANDRO SERNA ZULUAGA	C.C.	1,094,728,039	21/12/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Friday December 29 2023 a las 7:51:37 AM

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ARBEY RIALPE CASTRO identificado(a) con CC No. 93452421, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 26/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) DILAN DAVID RIALPE RINCON, VALENTINA RIALPE PESCA, CLAUDIA YANETH RINCON BALLESTEROS

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JHON ALEJANDRO SERNA ZULUAGA identificado(a) con CC No. 1094728039, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 26/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) VALERY ANDREA SERNA CONSTANTE, DIEGO ALEJANDRO SERNA CONSTANTE

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS ALEXANDER VALBUENA BARON identificado(a) con CC No. 79994148, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 26/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) MAYRA NICOL VALBUENA JARA, MARIA ARGENIS JARA VILLABON

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) YAMIR EDITH OLAYA PRIETO identificado(a) con CC No. 52323794, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 26/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) LUIS JOHAN REYES OLAYA, LUIS ENRIQUE REYES DOTOR

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JANNETH JIMENEZ RAMIREZ identificado(a) con CC No. 52433253, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 22/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) LAURA GABRIELLA JIMENEZ RAMIREZ

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) YEIRSA LOZANO VANEGAS identificado(a) con CC No. 1069482377, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 22/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) MARIA FERNANADA LOSANO VANEGAS

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LINA FERNANDA MESA DONATO identificado(a) con CC No. 1026300797, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LTDA. con NIT 8902041620:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/12/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 22/12/2023.

En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) VAYOLETH GAVIRIA MESA

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 29/12/2023

VIGILADO SuperSubsidio

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2433487

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 890204162 SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA
Afiliado	CC 52433253 JANNETH JIMENEZ RAMIREZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CLL 71 A # 29-44
Fecha de ingreso	22/12/2023
Fecha de radicación	22/12/2023 05:27:32 p.m.
Código de Transacción	169456287
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 01/2024

Fecha de generación 22/12/2023

Certificado de Aportes

Se certifica que RUBEN DARIO TRUJILLO GUZMAN identificado(a) con CC 93060978 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	329521504	9460174484	E	2023-12-11									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$1,759,353	$281,500
ARL	COLPATRIA ARP	30	4.35%	$1,759,353	$76,600
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$1,759,353	$70,400
EPS	SANITAS	30	4%	$1,759,353	$70,400

Este certificado se expide el día 2023-12-29 a las 10:29.

Certificado de Aportes

Se certifica que MARLEYDIS TORDECILLA MONTES identificado(a) con CC 1007370023 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD Y VIGILANCIA COLOMBIANA SEVICOL LIMITADA NI 890204162

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	329521504	9460174484	E	2023-12-11									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,489,752	$238,400
ARL	COLPATRIA ARP	30	4.35%	$1,489,752	$64,900
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$1,489,752	$59,600
EPS	SANITAS	30	4%	$1,489,752	$59,600

Este certificado se expide el día 2023-12-29 a las 10:30.