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:

NICOLAS ESTEBAN PENAGOS GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.229.095**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Abril del 2024.

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.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 30042024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite
2. Tipo de Afiliación — A. Independiente · Cotizante de Régimen de Pensiones · Empleador o afiliado voluntario; B. Dependiente; C. Pensionado; D. Especial
3. Régimen — A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado — A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante — A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código (asignado por la EPS)

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

Apellidos y nombres: PEÑAGOS GÓMEZ NICOLÁS ESTEBAN

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 7070229095
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 09 08 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia — Tipo; Cuál
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: CRA 3 N° 4-27 — 3005147302
19. Dirección electrónica: nick99996@gmail.com — CUCUNUBÁ
Zona: Urbana ☐ Rural X
CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

20. Apellidos y nombres
21. Tipo de documento de identidad
22. Número del documento de identidad
23. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
24. Fecha de nacimiento

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

25. Apellidos y nombres — Tipo; Cuál; Parentesco; Orden de Nacimiento
26. Tipo de documento de identidad
27. Número del documento de identidad
28. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
29. Fecha de nacimiento
Datos complementarios — 29. Parentesco; 30. Etnia
31. Discapacidad
32. Datos de residencia — Dirección; Zona: Urbana ☐ Rural ☐; Departamento; Municipio de residencia
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Instalación prestadora de servicios de salud - IPS
C
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Razón social o apellidos y nombres: NICOLÁS ESTEBAN PEÑAGOS GÓMEZ
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número de documento de identificación: 7070229095
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Dirección: CRA 3 N° 4-27 — 3005147302 — nick99996@gmail.com — CUCUNUBÁ — CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

39. Tipo de Novedad
1. Cotización (ingreso) ☐ · 2. Cotización (cambios Cabeza de familia) ☐ · 3. Actualización de número de identidad ☐ · 4. Actualización / corrección de datos complementarios ☐ · 5. Terminación de la cotización ☐ · 6. Traslado ☐ · 7. Suspensión temporal ☐ · 8. Reingreso ☐ · 9. Cambio de Régimen ☐ · 10. Cambio de tipo de afiliado ☐ · 11. Novedad de Incapacidad ☐ · 12. Novedad de Licencia ☐ · 13. Novedad de Licencia Colectiva ☐ · 14. Movilidad: A. Mayor Duración ☐ · B. Reintegro Subsidiado ☐ · 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ · B. Diferente Régimen ☐ · 16. Reporte de fallecimiento ☐ · 17. Reporte de inicio de pensión por riesgo ☐ · 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ · 19. Reporte de calidad de Aportante ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Tipo de documento de identificación
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: 30092024
43. Código de la EPS: FAMISANAR.
44. Motivo de retiro
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

Folios

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

61. Identificación de la Entidad Territorial
62. Datos del SISBEN
66. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario

Independiente.

Famisanar Colaborativo 2211

Confensa

- ORIGINAL ÚNICA -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRAMITE

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. Afiliación B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]				

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia — Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular

Código Departamento | Código 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 Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento (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 (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo (F M V T P)	Condición	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		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)

39. Ubicación — Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | 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 actualización de condiciones para cotizar [ ] 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 [X] 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 (D D M M A A A A) | 42. Fecha novedad (D D M M A A A 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 afiliación 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

✓

57. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 58. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

59. Adjunto copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

62. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

VALIDACIÓN

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:

71. Firma del funcionario

La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cadena s.a.

- MOVILIDAD -

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

UBATE,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,

07/03/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NICOLAS ESTEBAN PENAGOS GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1010229095**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488416696604**
Fecha de apertura	**14/10/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA