

**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:

ANA LILIA PEREZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.271.395**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Junio del 2024.

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.



CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que PEREZ SANCHEZ ANA LILIA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 57271395 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-57271395
NOMBRES Y APELLIDOS:	PEREZ SANCHEZ ANA LILIA
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/06/2023
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	FUNDACION / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 20/06/2024
Codigo de verificacion: AFCS202200000730498
Generado por: brayan.navarro

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

-  Línea nacional: 018000111446
-  Correo: contacto@cajacopieps.com
-  www.cajacopieps.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57271395
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ANA LILIA PEREZ SANCHEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FUNDACION	MAGDALENA	
DIRECCIÓN:	CARRERA 7A 8 - 30	TELÉFONO:	3008094
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:	7929987009			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				696548755

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000
SUBTOTALES:										\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:													\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

[illegible]

TOTAL	\$ 370.500
--------------	-------------------

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		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 (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres					
Pérez		Sánchez		Ana Lilia	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
Cédula	57271395	Femenino ☒ Masculino ☐	27031984	Unión libre	
		D D M M A A A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo	F	N	M	Condición	T	P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL						16. Administradora de pensiones				17. Ingreso base de cotizante - IBC	
Porvenir											
18. Residencia											
Dirección			Teléfono Fijo			Teléfono Celular			Correo Electrónico		
kra 9 No. 5 - 17 2o piso						3008094235			mambofundacion@outlook.com		
Fundación		Zona		Urbana ☒ Rural ☐		Mercado público			Magdalena		
Municipio/Distrito						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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección	
		Femenino ☐ Masculino ☐			
			D D M M A A A A		
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural ☐ Urbana ☐	Departamento		Código IPS (a registrar por la EPS)
					Teléfono fijo Celular

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
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
					D D M M A A A A
					D D M M A A A A
					D D M M A A A A
					D D M M A A A A
					D D M M A A A A

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X)		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							
				Tipo		Condición							
				E	N	M	T	P					
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
32. Datos de residencia			Zona		Municipio /Distrito			Departamento		Teléfono Fijo		Celular	
B1			U	R									
B2			U	R									
B3			U	R									
B4			U	R									
B5			U	R									

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 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 los 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.
- ☐ 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. Traslada: 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Fecha de nacimiento	42. Fecha
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 y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente 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 la 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:

Cantidad: CN ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ Total: _____

RC ☐ CC ☐ CE ☐ SC ☐

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 del acto administrativo de custodia.
62. 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 SISBEN		68. Fecha de Radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	DD MM AAAA
70. Nombre del funcionario que realiza la validación		69. Fecha de Validación		DD MM AAAA	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:					

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