COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OSCAR ORLANDO RIOS SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74752657,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de noviembre de 2024.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**Colpensiones**
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

200292688



**Fecha de Radicación**: 26/11/2024

## 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 [X]
2. **Tipo de Afiliación**: A. Individual { - Cotizante o Cabeza de Familia [X] / - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] } B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. **Régimen**: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. **Tipo de afiliado**: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. **Tipo de cotizante**: A. Dependiente [X] 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 | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: ROBLES | Segundo apellido: ROMERO | Primer nombre: EDINSON | Segundo nombre: LEONARDO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 74754542 | Femenino [ ] Masculino [X] | 11/06/1982 |

## III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo: Condición: | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | $ 1.300.000 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| CLLE 8 N 18-171 | | 3144407015 | edinsonroblesromer@gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| AGUAZUL | Urbana [X] Rural [ ] | | CASANARE |

## 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 [ ] | |

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 documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 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 E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la I.P.S. Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|
| C | IPS AGUAZUL | |
| 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 (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO ACUEDUCTO GUADUALES 2024 | N I T | 901383280-2 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CR 22 N 16-37 | 3138970221 | consorcioacueductoguaduales@gmail.com | AGUAZUL | CASANARE |

200292688



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación 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
- [x] 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. 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 | Sexo: Masculino | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | | [ ] | [ ] | | 25/11/2024 |

| 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 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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- [x] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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 |
|---|---|
| Edinson Robles | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad | | | | | | | | | |

- [ ] 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 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. Documento 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 Ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ] | [ ][ ] | | | | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

| 70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ] | | |

**Observaciones:**

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
EPS SANITAS

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Nombre / Clave Asesor Comercial | Sticker procesamiento |
|---|---|---|---|
| HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA<br>C.C. No. 1118544609 | | EPS SANITAS | 1118544609 |

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/11/2024

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901883280 |
| **Nombre:** | CONSORCIO ACUEDUCTO GUADUALES 2024 | | |
| **Dirección:** | KR 22 16 37 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | AGUAZUL |
| **Correo electrónico:** | SERVIGESTIONYSOLUCIONES@GMAIL.COM | | |
| **Teléfono:** | 3138970221 | **Tarifa:** | 6,96000 |
| **Actividad Económica:** | 5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 1057577010 | DIEGO ARMANDO BAYONA ESPITIA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2024-01-021-621032 | 27/11/2024 | CC 74754542 | EDINSON LEONARDO ROBLES ROMERO | 5 | 6,96000 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

APO_11.2.2_FR04 v.03

Código: 10jutjLpi//acq4cggd1cA==

Certificado impreso el día 26/11/2024 9:49:21 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170** en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

**EDINSON LEONARDO**
**ROBLES ROMERO**
CC - 74754542

**CONSORCIO ACUEDUCTO GUADUALES 2024**
901883280

porvenir
sólo hay uno

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

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

# CERTIFICA QUE:

**EDINSON LEONARDO ROBLES ROMERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.754.542**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Noviembre 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.