Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8487107		LEIVA ANAYA HECTOR JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 38C N 33 41 BRR COSTAHERMOSA	SOLEDAD-ATLANTICO	3004651846	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9478712023	9478712023	I	2025/01/03	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$408,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$32,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$32,200		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$32,200		$0	$0
1	CC	8487107 LEIVA HECTOR	230201	30	$1,320,000	$211,200	CCFC55	30	$1,320,000	$165,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,320,000	$32,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$32,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8487107		LEIVA ANAYA HECTOR JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 38C N 33 41 BRR COSTAHERMOSA	SOLEDAD-ATLANTICO	3004651846	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	9478712023	9478712023	I	2025/01/03	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$408,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,200	$0	$0	$211,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$211,200	$0	$0	$211,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$32,200	$0	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,000	$0	$0	$165,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$165,000	$0	$0	$165,000
TOTAL				**1**	**$408,400**	**$0**	**$0**	**$408,400**

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que LEIVA ANAYA HECTOR JOSE identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 8487107 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-8487107
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIVA ANAYA HECTOR JOSE
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/12/2022
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	SUBSIDIADO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	BARRANQUILLA / ATLANTICO

SUBGERENTE NACIONAL DE OPERACIONES
Fecha de generacion: 27/01/2025
Codigo de verificacion: AFAF202200000946283
Generado por: daid.muñoz

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

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

Nro de Radicación | Fecha de Radicación: 17 Febrero 25

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Leer las instrucciones al reverso antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Cotizante B. Cónyuge C. Compañero(a) Permanente D. Beneficiario	A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de cliente	5. Tipo de cotización	Código Administradora
A. Trabajador B. Cabeza de Familia C. Pensionado	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: Leiva	Segundo apellido: Anaya	Primer nombre: Hector	Segundo nombre: Jose

7. Tipo de documento de identidad	8. Nº de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	Ocupación
CC	8487107	Femenino / Masculino X	28/01/1984	Soltero	Comerciante

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Pueblo Indígena	Raza	Castellano	14. Lenguaje SIELSE	15. Grupo de población especial

16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	17. Administradora de Fondo de Pensiones	18. Ingreso base de cotización - IBC
x Colpatria	x Proteccion	$ 1320.000

19. Residencia			
Dirección: x Cra 38C 33-41	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3004651846	Correo Electrónico: x hectorleiva41@gmail.com
Barrio: x 3/12 calle	Zona: Urbana / Rural	Departamento / Municipio: x Costa hermosa	x Atlantico

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. Nº del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona: 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	28. Fecha de Nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una x) Tipo: F	N	M	Condición: Y	P	32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia	Zona: U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1	U	R				
B2	U	R				
B3	U	R				
B4	U	R				
B5	U	R				

Cajacopi EPS 27 01 2025 SECCIONAL ATLANTICO

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

VIGILADO SUPERSALUD

PORTE DE NOVEDADES

po 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. Traslado: A. Misma 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	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento 42. Fecha
		Femenino Masculino	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 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. Declaracion 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 beneficiario s o afiliado s 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

A Hector Leiva

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 D D M M A A A A
Código del Municipio Código del departamento	Número de Ficha Puntaje Nivel	69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del 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:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEIVA ANAYA HECTOR JOSE** identificado(a) con **CC** número **8.487.107** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012717341