Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZAPATA ZAPE YESID** identificado(a) con **CC** número **16.934.803** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2001 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 01 de febrero 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

2025020109512

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YESID ZAPATA ZAPE** identificado con **CC** No. **16934803**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 09/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/04/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012496705.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) YESID ZAPATA ZAPE , identificado(a) con CC 16934803 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/12/2013 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de CABEZA DE FAMILIA

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	16934803	**YESID ZAPATA ZAPE**	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/06	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/07	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/08	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/09	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/10	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/11	30
CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	CC	16934803	YESID ZAPATA ZAPE	2024/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los TRES (3) días del mes de FEBRERO del año 2025.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

canales_webusr

CD3 5455250 Feb 3 2025 10:11AM

SOS
Servicio Occidental de Salud

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2093898	03022015

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliacion [ ] B. Novedad [X]
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 [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] 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: Caputy Lupe Yesid.
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1069480303
9. Sexo: F [ ] M [X]
10. Fecha de nacimiento: 01/11/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo [C] [N] [M] Condición [T] [P]
13. Puntaje SISBÉN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: POSITIVA
16. Administradora de Pensiones: PROTECCION
17. Ingreso base de cotización -IBC: 1.455.500
18. Residencia: Calle 81 #23 da-116 el. 3177408697
Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
Cali | Manzana | Valle.

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
20. Tipo de documento
21. Número de documento de identidad
22. Sexo F [ ] M [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

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
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
C	UNAB. Meta 80	94610
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de identificación: 8903295-9
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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. [ ]
10. Terminación de 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 de documento de identidad	Sexo F [ ] M [ ]	Fecha de nacimiento

42. Fecha	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. [X]
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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o 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. [X]
53. Autorización para que la EPS, envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Cotizante , cabeza de familia o beneficiario

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

— AFILIADO —

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] 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 declara 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. 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Meta 2374

FT-GEC-AF-008