

**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:

NATALIA OTERO PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.151.959.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Junio del 2025.

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.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		4-6-25	
I. Datos del trámite			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	
3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
7. Código (a registrar por la EPS)			
A. AFILIACION			
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Otero, Segundo Apellido: Porras, Primer Nombre: Natalia, Segundo Nombre:			
9. Tipo de Documento de Identidad C.C.		10. N° de Documento de Identidad 1151959956	
11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		12. Sexo identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
13. Nacionalidad Colombiano		14. Lugar de nacimiento País: Colombia, Departamento: Valle, Municipio: Cali	
15. Fecha de nacimiento 11-6-1996			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia		17. Comunidad	
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad:		21. Grupo de Población Especial	
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positivo		23. Administradora de Pensión Porvenir	
24. Ingreso Base de Cotización - IBC 1423,500		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia Calle 48W + Trans 81, Valle, Departamento, Municipio: El Valle, Luperón, Zona: Cabecera municipal, Centro Poblado, Rural disperso, Resto rural		27. Fecha de nacimiento	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante			
27. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
28. Tipo de Documento de Identidad		29. N° de Documento de Identidad	
30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
34. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
B1. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B2. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B3. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B4. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B5. Primer Apellido		Segundo Apellido	
36. Tipo Documento		37. N° documento de identidad	
38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino	
40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	
42. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA			
Datos Complementarios del beneficiario			
43. Parentesco		44. Etnia	
45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN Si No		48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	
49. Discapacidad Si No		50. Incapacidad permanente Si No	
51. Datos de Residencia			
Departamento		Municipio / Distrito	
Zona Cabecera Municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural		Teléfono fijo y/o celular	
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Dirección		Localidad / Comuna	
Correo electrónico			
B1. Dirección		Localidad / Comuna	
B2. Dirección		Localidad / Comuna	
B3. Dirección		Localidad / Comuna	
B4. Dirección		Localidad / Comuna	
B5. Dirección		Localidad / Comuna	
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS Compañía Sura		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B1. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B2. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B3. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B4. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B5. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO			
55. Nombre o Razón Social		56. Tipo de Documento de Identidad	
57. Número de Identificación		58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección		Teléfono	
Correo Electrónico		Departamento	
Municipio/Distrito			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 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 condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐
B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐
B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál		64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA		67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 73. 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
- ☐ 74. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. 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.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento de identidad:		Número del documento de identidad:					

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
--	--	---	--

X. ANEXOS

- ☒ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
cantidad de documento de identidad anexos
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. 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.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. 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
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. 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.

Total Anexos

13

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		93. Nombre de la Institución	
--	--	------------------------------	--


XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento de Identidad		Número de Documento de Identidad		95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA				97. Fecha de validación DD / MM / AAAA			

OBSERVACIONES:

Aseora 2374

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

		ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS										Código FT-GEC-AF-010					
												Versión: 1					
												Fecha de actualización: 26/12/2024					
Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la EPS SOS																	
Inicio vigencia del afiliado		04/06/2025				Código Asesor		2374		Sucursal		0001		Ciudad/Municipio		Palmira	
Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar																	
Fecha de Ingreso a la EPS anterior				D D M M A A A A				Fecha de retiro a la EPS anterior				D D M M A A A A					
Información de Beneficiarios y Adicionales																	
	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Correo Electrónico	Puntaje Sisbén			
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD					
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO																	
Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
Correo Electrónico:																	
ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA																	
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.																	
													SI	NO			
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?													<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?													<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?													<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?													<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?													<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES																	
Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos. Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A corresponden a datos de salud. De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, 2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.som.co El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensor del usuario@sos.com.co o protección de datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresé que entiendo los alcances que tiene esta autorización.																	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
Firma del Cotizante <u>Natalia Otero P.</u> C.C. N° <u>1151 959 956</u>																	
Declaración de Convivencia																	
Nosotros _____ y _____ Identificadores como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.																	
Firma del Cotizante _____ C.C N°: _____																	
Firma del Compañero(a) _____ C.C N°: _____																	

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/06/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	890399011	Cédula Usuario:	CC 67007522
Nombre:	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI				
Dirección:	AV 2 10 70 TO ALCALDIA				
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		Municipio:	CALI	
Correo electrónico:	saludytrabajo@cali.gov.co				
Teléfono:	6026680812		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 67007522	MARIA MERIS URRUTIA MURILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	63530	26/06/2025	CC 1107508433	TAVERA FIGUEROA JUAN	1	0.522	Independiente
2	63529	26/06/2025	CC 79262385	OSORIO SUAREZ OMAR	1	0.522	Independiente
3	63528	26/06/2025	CC 1151959956	OTERO PORRAS NATALIA	1	0.522	Independiente
4	63527	26/06/2025	CC 1112758145	AGUDELO HERNANDEZ MARIA	1	0.522	Independiente
5	63526	26/06/2025	CC 67030677	OCHOA PRIETO ALIX	1	0.522	Independiente
6	63525	26/06/2025	CC 1087110366	OBANDO QUINTERO JIMENA	1	0.522	Independiente
7	63524	26/06/2025	CC 1151940666	BEDOYA CARRILLO STIVEN	1	0.522	Independiente
8	63523	26/06/2025	CC 1130604341	RENTERIA CASTILLO JACKELINE	1	0.522	Independiente
9	63522	26/06/2025	CC 16936155	MEJIA JARAMILLO TEO	1	0.522	Independiente
10	63521	26/06/2025	CC 16724866	VELEZ MANZANO CARLOS	1	0.522	Independiente
11	63520	26/06/2025	CC 1143852345	CARDONA GIRALDO JUAN	1	0.522	Independiente
12	63519	26/06/2025	CC 1143843056	GARCIA BUITRAGO EDGAR	1	0.522	Independiente
13	63518	26/06/2025	CC 1143856390	SANCHEZ JIMENEZ JUAN	1	0.522	Independiente
14	63517	26/06/2025	CC 1118306547	MURGUEITIO ECHEVERRY MELLISSA	1	0.522	Independiente
15	63516	26/06/2025	CC 1143924029	VALENCIA SANCHEZ ALEJANDRO	1	0.522	Independiente
16	63515	26/06/2025	CC 1143990477	CASTILLO ATOY GISELLA	1	0.522	Independiente
17	63514	26/06/2025	CC 66827015	BELLINI PEREZ LUISA	1	0.522	Independiente
18	63513	26/06/2025	CC 16932691	ARIAS MEDINA JUAN	1	0.522	Independiente
19	63512	26/06/2025	CC 1111539581	SINISTERRA SOLARTE ALEYK	1	0.522	Independiente
20	63511	26/06/2025	CC 94397114	CARABALY ROBINSON	1	0.522	Independiente
21	63510	26/06/2025	CC 79677546	GOMEZ GARCES YOHNN	1	0.522	Independiente
22	63509	26/06/2025	CC 16761233	MONDRAGON SALAZAR WILLIAM	1	0.522	Independiente
23	63508	26/06/2025	CC 76307783	FERNANDEZ BARRIGA OSCAR	1	0.522	Independiente
24	63507	26/06/2025	CC 31569844	DELGADO LOPEZ MARIA	1	0.522	Independiente
25	63506	26/06/2025	CC 16649621	CARDENAS CHACON GILBERTO	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/06/2025

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.

E4F422645B25011ABA9C20FE8FFFC910

Certificado impreso el día 6/25/2025 3:58:36 PM por el portal de cargue masivos



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda