

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                    |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS</b><br><b>E.P.S. INDÍGENA</b><br><b>MALLAMAS</b><br><small>"El autocuidado en salud para un buen vivir"</small> | <b>CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN</b> |  | <b>CÓDIGO:</b> AS-FR-008    |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                    | <b>VERSIÓN:</b> 02          |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                    | <b>Vigencia:</b> 22/12/2021 |

**COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO****CERTIFICA :**

Que el (la) señor(a): **YALANDA VALENCIA ANNY LICETH**  
Identificación: **CC: 59681208**  
Tipo Cotizante: **Independiente**  
Aportante: **ANNY LICETH YALANDA VALENCIA**  
Municipio: **CALI**  
IPS Asignada: **E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS - PRINCIPAL**  
Estado: **Activo**  
Fecha de Afiliación: **2017-05-12**  
Regimen: **Contributivo**  
Fecha Aplicación: **2025-06-01**  
Relación :  
Discapacidad: **Ninguna**  
Tipo Afiliación: **Por Formulario Res. 974 de 2016**  
Nivel : **A**  
Cuota moderadora : **\$4.700**

**Observación :**

/

**Dada el martes, 24 de junio de 2025****Cordialmente****JOHANA MARIBEL POZO GONZALEZ**

Certificación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud  
E.P.S INDIGENA MALLAMAS  
Carrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia  
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726  
contributivo@mallamaseps.com

|                                                                                  |                                                                        |                                                                                    |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  | <b>FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS</b> |  | Código: AS-FR-001    |
|                                                                                  |                                                                        |                                                                                    | Versión: 01          |
|                                                                                  |                                                                        |                                                                                    | Vigencia: 28/02/2017 |

No de Radicación  
3243356890476

Fecha de Radicación  
01/06/2025

## I. DATOS DEL TRAMITE

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                       | 2. Tipo de Trámite<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>A. Individual <input type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. de oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante<br>A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         | Código (a registrar por la EPS)                                                                            |

## II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

|                                                      |                                                  |                                                                                            |                                       |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>YALANDA<br>Primer Apellido | VALENCIA<br>Segundo Apellido                     | ANNY<br>Primer Nombre                                                                      | LICETH<br>Segundo Nombre              |
| 7. Tipo de Documento de Identidad<br>CC              | 8. Número del documento de Identidad<br>59681208 | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de Nacimiento<br>18/07/1982 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                    |                                                                     |                                                     |                                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 11. Etnia<br>I                                     | 12. Discapacidad<br>F N M T P<br>Tipo Condicion                     | 13. Puntaje Suben                                   | 14. Grupo Población Especial<br>16        |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL      | 16. Administradora de Pensiones                                     | 17. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$1,423,500 |                                           |
| 18. Residencia<br>CR 29 A3 #12 B - 04<br>Dirección | 3007292345<br>Teléfono fijo                                         | 19. Teléfono Celular                                | 20. Correo electrónico<br>VALLE DEL CAUCA |
| CALI<br>Municipio/Distrito                         | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Localidad/Comuna                                    | Departamento                              |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

|                                                                                          |                                       |                                                                                  |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 19. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre |                                       |                                                                                  |                         |
| 20. Tipo de Documento de Identidad                                                       | 21. Número del documento de Identidad | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de Nacimiento |

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

|                                                                                          |                                       |                                |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 24. Apellidos y nombres<br>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<br>Femenino Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
| B1                                                                                       |                                       |                                |                         |
| B2                                                                                       |                                       |                                |                         |
| B3                                                                                       |                                       |                                |                         |
| B4                                                                                       |                                       |                                |                         |
| B5                                                                                       |                                       |                                |                         |

## Datos Complementarios

|                                               |                   |                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 29. Parentesco                                | 30. Etnia         | 31. Discapacidad<br>Tipo F N M Condición T P                        |
| B1                                            |                   |                                                                     |
| B2                                            |                   |                                                                     |
| B3                                            |                   |                                                                     |
| B4                                            |                   |                                                                     |
| B5                                            |                   |                                                                     |
| 32. Datos de Residencia<br>Municipio/Distrito | Zona Urbana Rural | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| 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 (a registrar por la EPS) |
| C                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |
| D                                                                   |                                           |
| E                                                                   |                                           |

## 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<br>ANNY LICETH YALANDA VALENCIA | 36. Tipo de documento<br>CC | 37. Número del documento de identidad<br>59681208 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones<br>02            |
| 39. Ubicación<br>CR 29A 3 # 12B 04<br>Dirección           | 000111111<br>Teléfono       | alyava0127@gmail.com<br>Correo electrónico        | CALI<br>Municipio/Distrito<br>VALLE DEL CAUCA<br>Departamento |

**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:**

**ANNY LICETH YALANDA VALENCIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **59.681.208**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Junio del 2025.

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 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, **ANNY LICETH YALANDA VALENCIA** identificado con **CC No. 59681208**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                         | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011 | <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 12/06/2025<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 11/06/2025<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/08/2025<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Clase de Riesgo:</b> 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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 202501016158894.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A:  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.  
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.  
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS