INFORME SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

NO.1

EL CONTRATO NO. 2505090657 LP-004-2025

LOTE 1, GRUPO MSG S.A.S.

MANIZALES – CALDAS

INTRODUCCION

El presente informe tiene como propósito presentar un análisis de las condiciones, medidas y acciones implementadas en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo (SST) durante la ejecución de obras civiles viales en zonas rurales del municipio de Manizales, departamento de Caldas. Estas intervenciones, desarrolladas en diferentes veredas del departamento, implican actividades que conllevan riesgos laborales significativos, debido a factores como las condiciones topográficas, climáticas, de acceso, uso de maquinaria y manipulación de materiales.

Garantizar la integridad física, mental y social de los trabajadores involucrados en el proyecto es un compromiso fundamental, en cumplimiento de la normatividad vigente en Colombia. Por lo tanto, este informe recoge las acciones de prevención, control y seguimiento realizadas, así como las oportunidades de mejora identificadas, con el fin de fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en el contexto específico de la infraestructura vial rural.

1. PERSONAL DE LA OBRA

Director de obra	1
Ingeniero residente	1
Profesional ambiental	1
Profesional SST	1
Profesional Social	1
Maestro	3
Almacenista	1
Oficiales	12
Ayudantes	11
Total de trabajadores	32

PERSONAL RETIRADO

Durante el periodo se presentó retiros de personal originados principalmente por inasistencia.

NOMBRE	FECHA DE INGRESO LABORAL	FECHA RETIRO
Juan David Martinez	09/06/2025	15/06/2025
Jose Edilson Aguirre	03/06/2025	15/06/2025
Leandro Rodriguez Franco	04/06/2025	15/06/2025
Jhonatan Alejandro Jurado	09/06/2025	18/06/2025
Jhon Jairo Pineda	17/06/2025	20/06/2025
Jose Aldemar Arango	17/06/2025	20/06/2025
Jorge Luis Murcia	17/06/2025	20/06/2025
Jhonatan Alejandro Jurado	09/06/2025	18/06/2025
Gustavo Adolfo Castrillon	17/06/2025	24/06/2025
José Albeiro Rivera Marín	18/06/2025	24/06/2025
Luis Alvaro Rivera	03/06/2025	23/06/2025
Pedro Nel Pedreros	03/06/2025	29/06/2025
Jorge Eliecer Pedreros	03/06/2025	29/06/2025
José Albeiro Rivera Marín	18/06/2025	24/06/2025
Aldemar González Torres	17/06/2025	20/06/2025
Luiz Gonzaga Martinez Ocampo	03/06/2025	03/06/2025
Juan Manuel Osorno Villa	04/06/2025	04/06/2025
Andres Felipe Hernandez Henao	04/06/2025	04/06/2025
William Valencia Gallego	18/06/2025	NO ASISTIÓ
William Valencia Gallego	25/06/2025	25/06/2025
Luis Evelio Suarez	09/06/2025	NO ASISTIÓ
Sergio Diaz Toro	09/06/2025	NO ASISTIÓ
Juan Carlos Villa	09/06/2025	NO ASISTIÓ
Mateo aristizabal	11/06/2025	NO ASISTIÓ
Michael Stiven Loaiza	11/06/2025	NO ASISTIÓ
Hoover Montes	11/06/2025	NO ASISTIÓ
Alejandro Acevedo Rodriguez	18/06/2025	NO ASISTIÓ
Andres Felipe Giraldo Llano	17/06/2025	NO ASISTIÓ
Andres Felipe Loaiza	24/06/2025	NO ASISTIÓ
Antonio Reinel Pedreros Ceballos	25/06/2025	NO ASISTIÓ
Victor Alfonso Benavides	25/06/2025	NO ASISTIÓ

- **NUMERO DE ACCIDENTES**

N°	CARGO	FECHA	TRABAJADOR	MEDIDAS DE INTERVENCION
1	Ayudante	25/06/2025	Nicolas Duque Aguirre	Capacitación personal obra

Durante el mes de junio se presentó un accidente leve en el sector Guascas, en el cual el trabajador sufrió un fuerte dolor lumbar lado izquierdo originado por movimientos repetitivos al momento de retirar material de excavación con pala. Dicho accidente origino 4 días de incapacidad. Se realizó el correspondiente reporte ante la ARL AXA Colpatria

INDICADORES ACCIDENTALIDAD

SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD

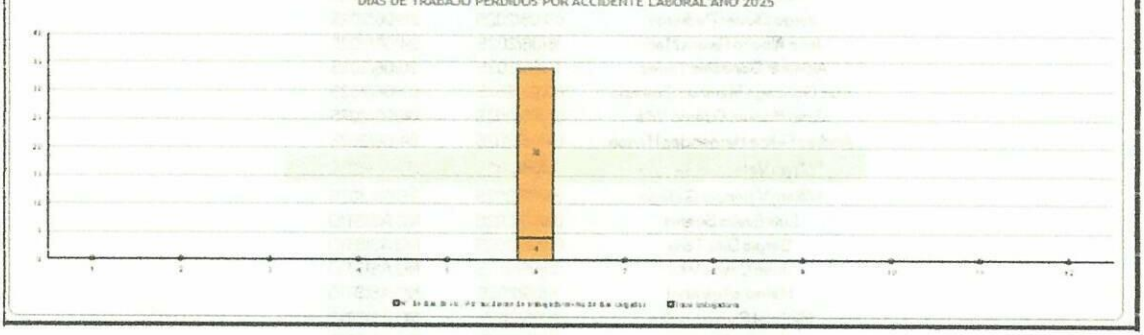
1. INFORMACIÓN DEL INDICADOR

Año	2025
Definición:	No DE DIAS PERDIDOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL MES
Interpretación	Por cada(2) trabajadores que laboraron en el mes se perdieron 5 dias por accidentes de trabajo
Cálculo:	No de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes/ No de días pactados en el mes *100 No de trabajadores en el mes
Unidad de medida:	Porcentaje
Frecuencia de medición:	mensual
Meta	0%
Criterios de Evaluación	Satisfactorio: Menor a 1% / Aceptable: Entre 2 y 9% / Requiere Control: Entre 10 y 29% / Deficiente: Mayor a 30%
Fuente de información	1. Carpeta de accidentes de trabajo 2. Carpeta Examenes Medicos. 3. Registro de incapacidades
Responsable de Seguridad y Salud en el trabajo	JUAN FERNANDO ARIAS
Personas que deben conocer el resultado	Interventoria, Empleador y Residente SSTA

2. DATOS

Meses	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
N° de días de inc. Por	0	0	0	0	0	4						
Total trabajadores						30						
Meta						0%						
Cumplimiento mensual	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	13%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
EVALUACIÓN	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	Requiere Cont	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

GRAFICA



- **ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES**

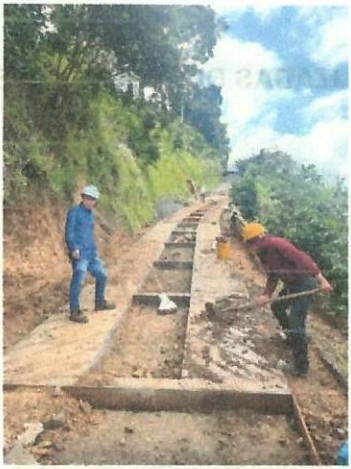
FECHA	TEMA	No. PARTICIPANTES
26/06/2025	Se realizó capacitación sobre diferencias entre Accidente e incidente laboral	7
26/06/2025	Se realizó charla sobre uso de EPP	6

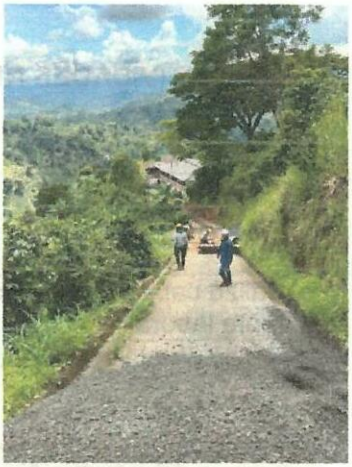




- **Inspecciones**

Durante el mes se realizaron inspecciones de seguridad a los diferentes de obras, con el objetivo de identificar riesgos para el personal presente en obra y habitantes de la zona. Y así mismo, se atendieron las observaciones presentadas por la interventoría.

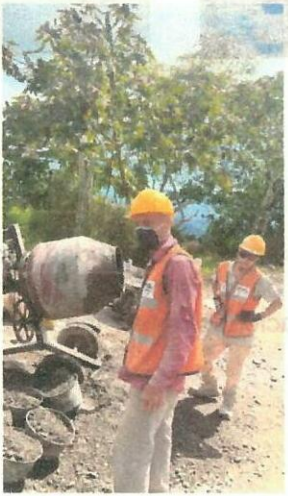


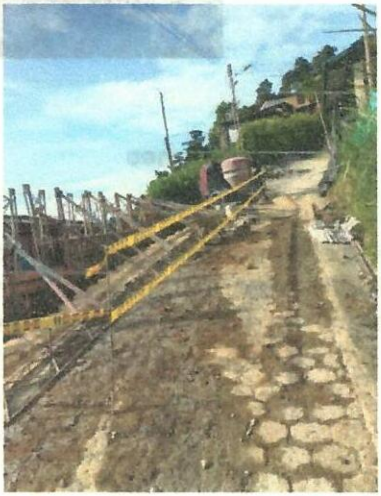












AXA COLPATRIA

INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO: MEDIMAS S.A.S	CÓDIGO EPS: EPS044	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO: COLPATRIA	CÓDIGO ARL: 4
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: NO SUMINISTRADA	SEGURO SOCIAL: SI [ ] NO [X]	CUAL?: NO SUMINISTRADA	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: 999

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR [ ] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]

SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica, incluye actividades de consultoría de arquitectura: diseño de edificios y dibujo de planos de construcción, pla — CÓDIGO: 5711001

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GRUPO MSG SAS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 901110550	
DIRECCIÓN: CLL 171 NO 55B 05	TELÉFONO: 3502147566	FAX: 0	DEPARTAMENTO: BOGOTA D. C. — CÓDIGO: 11
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): GRUPOMSG2019@GMAIL.COM	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	CÓDIGO: 11001	ZONA: U [ ] R [ ]
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: GRUPO MSG SAS	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [X] NO [ ]		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica, incluye actividades de consultoría de arquitectura: diseño de edificios y dibujo de planos de construcción, planificación urbana y arquitectura paisajis			CÓDIGO: 5711001
DIRECCIÓN: CLL 171 NO 55B 05	TELÉFONO: 3502147566	FAX: 0	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D. C. — CÓDIGO: 11	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	CÓDIGO: 11001	ZONA: U [ ] R [ ]

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [ ] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ] — CARGO: AYUDANTE

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente): Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica, incluye actividades de consultoría de arquitectura: diseño de edificios y dibujo de planos de construcción, planificación urbana y arquitectura paisajis — CÓDIGO: 5711001

NOMBRE COMPLETO: NICOLAS DUQUE AGUIRRE	FECHA DE NACIMIENTO: 08/05/1963	SEXO: M [X] F [ ]	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 6513016	TELÉFONO: 3127751560	FAX: 3127751560
DIRECCIÓN: CASA 45	DEPARTAMENTO / CÓDIGO	MUNICIPIO / CÓDIGO	ZONA: U [ ] R [ ]
OCUPACION HABITUAL / CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: 16 dias - 000 meses		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 09/06/2025	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): 1423500.00	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [ ] (2) NOCTURNO [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]	

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: 25/06/2025	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 10:00	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: Miercoles	JORNADA EN QUE SUCEDE: (1) NORMAL [ ] (2) EXTRA [ ]
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI [X] (2) NO [ ]	MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: PRESENCIAL		¿EL ACCIDENTE ES POR CAÍDA DE ALTURA? (1) SI [ ] (2) NO [X]
CUÁL? (SOLO EN CASO NEGATIVO) / CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 0 horas - minutos		

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA [ ] (2) TRÁNSITO [ ] (3) DEPORTIVO [ ] (4) RECREATIVO O CULTURAL [ ] (5) PROPIOS DEL TRABAJO [X]

¿CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR? (1) SI [ ] (2) NO [X]	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE / CÓDIGO	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE / CÓDIGO	
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U [ ] R [ ]	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [ ]	(2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]	

INDIQUE CUAL SITIO:
- (1) ALMACENES O DEPÓSITOS [ ]
- (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN [ ]
- (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS [ ]
- (4) CORREDORES O PASILLOS [ ]
- (5) ESCALERAS [ ]
- (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR [ ]
- (7) OFICINAS [ ]
- (8) OTRAS ÁREAS COMUNES [ ]
- (9) OTRO: [ ]

TIPO DE LESIÓN:
- (10) FRACTURA [ ]
- (20) LUXACIÓN [ ]
- (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA [ ]
- (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO [X]
- (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclución o pérdida de ojo) [ ]
- (41) HERIDA [ ]
- (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) [ ]
- (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO [ ]
- (60) QUEMADURA [ ]
- (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA [ ]
- (80) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE [ ]
- (81) ASFIXIA [ ]
- (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD [ ]
- (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN [ ]
- (90) LESIONES MÚLTIPLES [ ]
- (99) OTRO: [ ]

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:
- (1) CABEZA [ ]
- (1.12) OJO [ ]
- (2) CUELLO [ ]
- (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) [X]
- (3.32) TORAX [ ]
- (3.33) ABDOMEN [ ]
- (4) MIEMBROS SUPERIORES [ ]
- (4.46) MANOS [ ]
- (5) MIEMBROS INFERIORES [ ]
- (5.56) PIES [ ]
- (6) UBICACIONES MÚLTIPLES [ ]
- (7) LESIONES GENERALES U OTRAS [ ]

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR):
- (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS [ ]
- (2) MEDIOS DE TRANSPORTE [ ]
- (3) APARATOS [ ]
- (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS [ ]
- (4) MATERIALES O SUSTANCIAS [ ]
- (44) RADIACIONES [ ]
- (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) [ ]
- (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS [ ]
- (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) [ ]
- (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS [ ]

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:
- (1) CAÍDA DE PERSONAS [ ]
- (2) CAÍDA DE OBJETOS [ ]
- (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES [ ]
- (4) ATRAPAMIENTOS [ ]
- (5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO [ ]
- (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA [ ]
- (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD [ ]
- (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS [ ]
- (9) OTRO: [ ]

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

ASEGURADO SE ENCONTRABA PALEANDO TIERRA EN UN BARRANCO REFIERE QUE AL HACER ESTE MOVIMIENTO PARA VOTAR LA TIERRA SENTE UN FUERTE DOLOR TIPO TIRON EN EL COSTADO IZQUIERDA DEL TORAX INDICA HABER ECHO ESTO POR TRES SEMANAS Y HASTA HOY SIENTE ESTE TIRON POR MOVIMIENTOS REPETITIVOS PRESENTANDO DOLOR

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE — HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [ ] NO [X]

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		

FIRMA o SELLO:

AXA COLPATRIA — SEGUROS DE VIDA ARL

25/06/2025

RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. 20250042378

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/06/2025

AXA COLPATRIA ARL

	CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: Uso de EPP		Entrenamiento		Capacitación	
		Charla		Reunion	
CAPACITADOR: Juan Fernando M		Lugar: Almacen - Obra.			
FECHA: 26/06/2025		Hora inicio: 6:25 am		Hora final: 7:10 am	
OBJETIVO:					

Numero de trabajadores programados:

Numero de trabajadores que asistieron:

No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	Saúl Calderón C	75940057	maestro				
2	José Ricardo Aguirre	10230100	OFICIAL				
3	Rubén Darío Ocampo	75046143	oficial				
4	Juan Diego Saldarriaga	1002317	Ayudante				
5	Juan Esteb Vasquez L.	1.002543047	ayudante				
6	Jacobo Pedroza	70267333	OFI				
7	María Luisa Castañeda	1053864667	Almacenista				
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:	Juan Hoyos

	CAPACITACIONES Y CHARLAS SG-SST

TEMA: Accidente e incidente		Entrenamiento		Capacitación	
		Charla X		Reunion	
CAPACITADOR: Juan Fernando A		Lugar: Almacan - obra			
FECHA: 26/06/2025		Hora inicio: 7:15		Hora final: 7:30	
OBJETIVO:					

Numero de trabajadores programados:

Numero de trabajadores que asistieron:

No.	Nombres/Apellidos	N. de identificación	Cargo	Firma	Evaluación		Observaciones
					Aprobo	No aprobo	
1	Yuchael cordoba Rivera	1009650464	Ayudante				
2	Luis Alvaro Rivera	16-077766	OFICIAL				
3	Angel Jose castañeda	10261803	oficial				
4	Than Eduar Arenas	1060647704	Ayudante				
5	Jorge Z F Jr	1026877411		Jorge			
6	Daniel Alvarez Paez	1002817630	-				
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

NOMBRE Y FIRMA DE CAPACITADOR:	Juan Arenas

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MATRIZ DE PELIGROS 2025

Código

Versión D

Fecha 16/06/2025

Elaborado por: Juan Fernando Arias | Aprobada por: Gerencia

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACION Y VALORACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD SALUD Y TRABAJO (GTC 45)

Nº	Proceso	Zona / Rol	Actividades o tarea	Rutinario (SI o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo								Valoración de riesgo	Criterios para establecer			Medidas intervención				
					Descripción	Clasificación		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia (ND)	Nivel de exposición (NE)	Nivel de probabilidad (NP=ND*NE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia (NC)	Nivel de riesgo (NR) e intervención (NP*NC)	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Aceptabilidad del riesgo	No. Expuestos	Peor consecuencia	Existencia requisito legal específico Asociado (SI o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de ingeniería	Controles administrativos, señalización, advertencia	Equipos/ elementos de protección personal
1	DIRECTOR OBRA, ING. RESIDENTE, SSO, AMBIENTAL		Administración de la obra y supervisión trabajo operativo	SI	Condiciones de la tarea: Carga mental, Monotonía	PSICOSOCIAL	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc).	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	MEJORA	10	60	III	MEJORAR	ACEPTABLE	4	Desmotivación estrés	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Vigilancia Epidemiología para la identificación, Evaluación, Prevención, Intervención y Monitoreo. Capacitar en relaciones interpersonales, manejo y control del estrés, comunicación asertiva	NA
					Mecánicos: mal estado del vehículo, herramientas, falta cadan y limpieza, mantenimiento inadecuado	Condiciones de Seguridad	Cortaduras, machucones, golpes, quemaduras, atrapamiento	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	MEJORA	25	100	III	MEJORAR	ACEPTABLE	4	apalastamiento, quemaduras, golpes, amputaciones, fracturas, muerte	SI	SI	si	SI	Inspección diaria del vehículo, mantenimiento preventivo, formación en mecánica básica, orden y limpieza de vehículo	
					Postura Prolongada Sedente	Biomecánico	dolores en miembros inferiores, lumbalgias, años lumbares	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	MEJORA	25	150	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	4	Afectación en la columna y Miembros superior e inferior	SI	SI	NA	NU	Capacitar en higiene postural, manejo de cargas, prevención de DME. Realizar exámenes médicos ocupacionales de ingreso y periódicos para controlar exposición al riesgo	
					Movimientos repetitivos de miembros superiores e inferiores, manipulación de carga	Biomecánico	Síndrome del túnel carpiano, tendinitis, Síndromes dolorosos, escoliosis, lumbalgia, hernia discal	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	MEJORA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	5	Síndroma de túnel carpiano, escoliosis, hernia discal, hernia umbilical, inguinal	SI	NA	NA	NA	Realizar pausas activas, ejercicios de acondicionamiento físico, implementar programa de vigilancia epidemiológica para DME, capacitación manipulación de carga	
					Factores Generadores de Incendio y Explosión	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Perdidas económicas, humanas, afectación	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEJORA	25	150	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	5	incendio y/o explosión	SI	NA	NA		Realizar inspección eléctrica al vehículo, mantenimiento preventivo, inspección diaria al inicio de labores	Extintor, botiquin, linterna. Documentos al dia del vehiculo
					Ruido, vibraciones, calor, radiaciones, polvo, cambios de temperaturas, iluminación, ventilación insuficiente	Físicos (condiciones ambientales)	cefalea hipoacusia, estrés, migraña afecciones	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	MEJORA	25	150	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	4	Migraña, enfermedades respiratorias	SI	si	SI		Capacitación en riesgo en la conducción fatiga, estilos de vida saludables, conducción segura y responsable	uso EPP
					Riesgo público, hurto, asalto, bandalismo	Publico	Golpes, Heridas, traumas psicológicos, muerte, daños estructurales, perdida de información	camaras de seguridad, alarma monitoreada	NINGUNO	NINGUNO	2	1	2	BAJA	50	120	III	MEJORAR	ACEPTABLE	4	Muerte o perdida de información	SI	NA	NA	NA	Capacitar al personal en riesgo público, elaborar PONS y socializarlos a todo el personal	
					gases, vapores, material particulado	Químico	congestión nasal, afecciones respiratorias	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	BAJA	25	100	III	MEJORAR	ACEPTABLE	4	congestión nasal, afecciones respiratorias	SI	NA	NA	NA	Capacitación en prevención de enfermedades laborales	protector respiratorio, guantes
					Polvo inorgánico, acaros	Biológico	Gripas, afecciones respiratorias y dermicas	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	BAJA	25	100	III	MEJORAR	ACEPTABLE	4	afecciones respiratorias	SI	NA	NA	NA	capacitación en prevención de enfermedades respiratorias	
					Sismos, tormentas, precipitaciones, lluvia, (fenomenos eléctricos)	FENOMENOS NATURALES	Heridas, traumas mentales, muerte	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	50	300	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	4	Golpes, atrapamientos, lesiones multiples	si	NA	NA		Diseñar y documentar el plan de emergencias, Caracterizar la zona del botiquin de primeros auxilios, Proporcionar camilla rígida incorporada del inmovilizador cervical, Conformar y entrenar la brigada de emergencias, Realizar simulacros de evacuación anual para evaluar el nivel de respuesta. Demarcar punto de encuentro, elaborar plano de evacuación	linterna, pito, chalecos

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MATRIZ DE PELIGROS 2024

Código
Versión 0
Fecha 15/06/2024

Elaborado por: Julio Fernando Arias | Aprobado por: Gerencia

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD SALUD Y TRABAJO (GTC 45)

Nº	Proceso	Zona / lugar	Actividades o tarea	Rutinario (Si o No)	Peligro: Descripción	Peligro: Clasificación	Efectos posibles	Controles existentes: Fuente	Controles existentes: Medio	Controles existentes: Individuo	Evaluación del riesgo: Nivel de consecuencia (NC)	Evaluación del riesgo: Nivel de exposición (NE)	Evaluación del riesgo: Nivel de probabilidad NP= (ND)(NE)	Evaluación del riesgo: Interpretación del nivel de probabilidad NP	Evaluación del riesgo: Nivel de consecuencia (NC)	Evaluación del riesgo: Nivel de riesgo (NR) e intervención (NP*NC)	Evaluación del riesgo: Interpretación del NR	Evaluación del riesgo: Aceptabilidad del riesgo	Valoración del riesgo: Aceptabilidad del riesgo	Criterios para establecer: Nro. Expuestos	Criterios para establecer: Peor consecuencia	Criterios para establecer: Existencia Requisito legal asociado a la actividad	Medidas intervención: Eliminación	Medidas intervención: Sustitución	Medidas intervención: Control de Ingeniería	Medidas intervención: Controles administrativos, señalización, advertencia	Medidas intervención: Equipos/ elementos de protección personal
1	ALMACENISTA OPERATIVO	cargue, descargue elementos de la bodega		SI	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	PSICOSOCIAL	Monotonia, Estrés	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	N/A	6	8	MEDIA	10	60	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	Desmotivación, estrés	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Vigilancia Epidemiológica para la Identificación, Evaluación, Prevención, Intervención y Monitoreo (aplicación baterías) Capacitar en relaciones interpersonales, trabajo en equipo, comunicación asertiva	NA
					Locativos Almacenamiento, orden y aseo, caídas de objetos, superficie irregular)	Condiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos, caídas, tropezones	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES, BOTAS, ORMACIÓN	N/A	3	6	MEDIA	25	150	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	aplastamiento, golpes, amputaciones, fracturas	SI	SI	SI	SI	Implementar programa de orden y aseo, formación caídas a nivel de nivel, almacenar lento adecuado, señalización, demarcación.	Guantes carnaza, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Postura Prolongada bipedo, Sedente	Biomecánico	dolores en miembros inferiores, lumbalgias, daños lumbares	NINGUNO	NINGUNO	PAUSAS ACTIVAS	N/A	3	6	MEDIA	25	150	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	Afectación en la columna y Miembros superior e inferior	SI	SI	NA	organizar puesto de trabajo	Capacitar en higiene postural, prevención de DME, Pausas Activas, ejercicios con estiramientos. Realizar exámenes médicos ocupacionales ingreso, periódicos para controlar exposicion al riesgo	
					Movimientos repetitivos de miembros superiores e inferiores, manipulación manual de carga, esfuerzo	Biomecánico	lesiones, escoliosis, lumbalgia, hernia discal	NINGUNO	NINGUNO	capacitacion, Guantes carnaza, Botas punta acero	N/A	4	8	MEDIA	25	200	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	escoliosis, hernias discal, hernia humbilical, inginal	SI	NA	NA	NA	Realizar pausas activas, ejercicios de acondicionamiento físico, Inspecciones, capacitación manipulación de carga	Guantes carnaza, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Tecnológicos: Factores Generadores de Incendio, Explosión, fuga derrame	Condiciones de Seguridad	Perdidas económicas, humanas, información.	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	N/A	3	6	MEDIA	60	360	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	Incendio o explosion	SI	NA	NA	organizar bodega, revisar ventilación	Realizar inspección electrica a la bodega, aplicar programa de orden y aseo, capacitar en almacenamiento y de sustancias peligrosas, control de plagas roedores, formación control de incendios. verificar cilindros químicos deben estar almacenados en forma separada de los otros inventarios y por matriz de compatibilidad en lugar ventilado y ambasitos Para la electrica	canilla, botiquín, extintores
					Ruido, iluminación, calor, radiaciones no ionizantes, polvo	Físico condiciones ambientales)	cefalea, hipoacusia, estrés, migraña, afecciones	NINGUNO	NINGUNO	FORMACIÓN	N/A	3	6	MEDIA	25	150	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	Migrañe, enfermedades respiratorias	SI	si	SI		formacion en prevención riesgos laborales e iocados (lumbar acción, ventilación)	
					Públicos (Robos, asaltos, atentados desordenes público, etc)	Condiciones de Seguridad	Golpes, Heridas, traumas psicológicos, muerte, daños estructurales, perdida de información	camara de seguridad, alarma monitoreada	NINGUNO	NINGUNO	N/A	1	2	BAJA	60	120	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	Muerte o perdida de información	SI	NA	NA	NA	Capacitar al personal en riesgo público, elaborar PINS y socializar os a todo el personal, formación en evacuacion y rescate, socializar punto de encuentro	
					Polvo, material particulado	Químico	congestión nasal, afecciones respiratorias.	NINGUNO	NINGUNO	PROTECTOR NASOBUCAL	N/A	3	6	MEDIA	25	150	II	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	1	congestion nasal, afecciones respiratorias	SI	NA	NA	Almacenamiento adecuado los elementos del almacen	formación manejo adecuado de almacen, orden y aseo, reciclaje, disposición final	protector nasobucal, guantes
					Acaros, Hongos, virus, bacterias hongos (Sudor)	Biológico	Gripas, afecciones respiratorias y dermicas	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	N/A	4	8	MEDIA	10	80	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	afecciones respiratorias	SI	NA	NA	aplicar programa de orden y aseo en la bodega	Capacitar en riesgo biologico, control de plagas, lavado de manos, higiene personal	protector nasobucal
					Sismos, precipitaciones (tormentas eléctricas)	FENOMENOS NATURALES	Heridas, traumas, mentales, muerte	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	E	1	6	MEDIA	100	600	I	CORREGIR Y ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	NO ACEPTABLE	1	Golpes, atrapamientos, lesiones multiples	si	NA	NA		Diseñar y documentar el plan de emergencias, Garantizar la dotación del botiquín de primeros auxilios, Proporcionar camilla rígida acompañada del inmovilizador cervical, Conformar y entrenar la brigadas de emergencias, Realizar simulacros de evacuación anual para evaluar el nivel de respuesta. Demarcar punto de encuentro, elaborar plano de evacuación, señalizarlo	extintor, pito, vacunas de brigadistas

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código	
		Versión	0
Elaborado por: JUAN FERNANDO ARIAS	Aprobado por: Gerencia	Fecha	16/06/2025
	MATRIZ DE PELIGROS 2025		

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACION Y VALORACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD SALUD Y TRABAJO (GTC 45)

Nº	Proceso	Zona / lugar	Actividades o tarea	Rutinario (Si o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo								Valoración del riesgo	Criterios para establecer			Medidas de intervención				
					Descripción	Clasificación		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia (ND)	Nivel de exposición (NE)	Nivel de probabilidad (NDxNE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia (NC)	Nivel de riesgo (NR) e intervension (NP*NC)	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Aceptabilidad del riesgo	Nro. Expuestos	Peor consecuencia	Exigencia Requisito legal especifico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Control de ingeniería	Controles administrativos, señalización, advertencia	Equipos elementos de protección personal
1	operativo	MAESTRO DE OBRA	Dirigir y controlar se ejecuten las actividades del proyecto acorde a instrucción del ingeniero residente y requerimientos del cliente	SI	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc).	PSICOSOCIAL	Monotonia, Estrés	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	MEDIA	10	40	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	Desmotivación, estrés	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Vigilancia Epidemiologia para la Identificación, Evaluación, Prevención, Intervención y Monitoreo de acuerdo a la Resolución 2646/2008. (aplicación baterias) Capacitar en relaciones interpersonales, trabajo en equipo, comunicación asertiva	NA
					Locativos: Almacenamiento, orden y aseo, caidas de objetos, superficie irregular)	Condiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos, caidas, tropezones	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES BOTAS, FORMACION	2	2	4	MEDIA	25	100	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	aplastamiento, golpes, amputaciones, fracturas	SI	SI	si	SI	implementar programa de orden y aseo, formación caidas a nivel, desnivel, almacenamiento adecuado, señalización, demarcación	Guantes, camaza, botas punta acero, overol, camisa
					Postura Prolongada bipeda	Biomecánico	dolores en miembros inferiores, lumbalgias, daños lumbares	NINGUNO	NINGUNO	PAUSAS ACTIVAS	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	1	Afectación en la columna y Miembros superior e inferior	SI	SI	NA	organizar puesto de trabajo	Capacitar en higiene postural, prevención de DME, Pausas Activas, ejercicios de estiramientos, Realizar examenes médicos ocupacionales (ingreso,	
					Movimientos repetitivos de miembros superiores e inferiores, manipulación manual de carga, esfuerzo	Biomecánico	tendinitis, escoliosis, lumbalgia, hernia discal	NINGUNO	NINGUNO	capacitacion, Guantes camaza, Botas punta acero	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	1	escoliosis, hernia discal, hernia humbilical, inginal	SI	NA	NA	NA	Realizar pausas activas, ejercicios de acondicionamiento fisico, Inspecciones, capacitación manipulación de carga	Guantes camaza, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Tecnologico: Factores Generadores de Incendio, Explosión, fuga, derrame	Condiciones de Seguridad	Perdidas económicas, humanas, información.	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	25	150	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	1	incendio y/o explosión	SI	NA	NA	organizar bodega, revisar ventilación	Realizar inspección electrica a la bodega, aplicar programa de orden y aseo, capacitar en almacenamiento y de sustancias peligrosas, control de plagas-rodedores, formación control de incendios, ventilación,los quimicos deben estar almacenados en forma separada de los otros inventarios y por matriz de compactibilidad en lugar ventilado. Manejo seguro combustible Planta electrica (lugar ventilado- aislado fuentes propaguen fuego)	camilla, botiquin, extintores
					Ruido, iluminación, calor, radiaciones solar, polvo	Fisico (condiciones ambientales)	cefalea, hipoacusia, estrés, migraña, afecciones	NINGUNO	NINGUNO	FORMACIÓN	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	1	Migraña, enfermedades respiratorias	SI	si	SI		formacion en prevención riesgos laborales asociados (iluminación, ventilación)	
					Públicos (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	Condiciones de Seguridad	Golpes, Heridas, traumas psicológicos, muerte, daños estructurales, perdida de información	camara de seguridad, alarma monitoreada	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	10	60	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	Muerte o perdida de información	SI	NA	NA	NA	Capacitar al personal en riesgo publico, elaborar PONS y socializarlos a todo el personal, formación en evacuacion y rescate, socializar punto de encuentro	
					Polvo, material particulado, gases y vapores	Quimico	congestión nasal, afecciones respiratorias.	NINGUNO	NINGUNO	PROTECTOR NASOBUCAL	2	4	8	e	10	80	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	congestión nasal, afecciones respiratorias	SI	NA	NA	Almacenamiento adecuado los elementos del almacen	formación manejo adecuado de almacen, orden y aseo, reciclaje, disposición final	protector nasobucal, guantes
					Acaros, insectos, virus, bacterias, hongos (Sudor)	Biológico	Gripas, afecciones respiratorias y dermicas	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	MEDIA	10	80	III	MEJORAR	ACEPTABLE	1	afecciones respiratorias	SI	NA	NA	aplicar programa de orden y aseo en la bodega	Capacitar en riesgo biologico, control de plagas, lavado de manos, ojos en caso de que ocurra un accidente. Disposición final de residuos	protector nasobucal
					Sismos, precipitaciones (tormentas eléctricas)	FENOMENOS NATURALES	Heridas, traumas mentales, muerte	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	60	360	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	1	Golpes, atrapamientos, lesiones multiples	si	NA	NA		Señalizar y dotar rutas de salida en caso de emergencias, Garantizar la dotación del botiquin de primeros auxilios, Proporcionar camilla rigida acompañada del inmovilizador cervical, Conformar y entrenar la brigadas de emergencias, Realizar simulacros	linterna, pito, brazaletes de brigadistas

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MATRIZ DE PELIGROS 2025

Código
Versión 0
Fecha 18/06/2025

Elaborado por: Juan Fernando Arias | Aprobado por: Gerencia

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACION Y VALORACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD SALUD Y TRABAJO (GTC 45)

N°	Procesos	Zona / lugar	Actividades a tarea	Rutinario (Si o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo								Valoración del riesgo	Criterios para establecer			Medidas de intervención				
					Descripción	Clasificación		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia (ND)	Nivel de exposición (NE)	Nivel de probabilidad (NP=NDxNE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia (NC)	Nivel de riesgo (NR) e interpretación del NR	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Aceptabilidad del riesgo	No. Expuestos	Peor consecuencia	Existencia requisito legal asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de ingeniería	Controles administrativos, señalización, advertencias	Elementos de protección personal
1	operativo	OFICINA DE OBRA	Apoyar ejecución de obra en excavación, tapado, torcido placas, canales, cunetas, vigas, pedestales en concreto, estructura, mampostería, acabados, instalación de cubiertas, manejo personal e inventarios	SI	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía etc)	PSICOSOCIAL	Ansiedad, Estrés	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	BAJA	10	40	III	MEJORAR	ACEPTABLE	6	Desmotivación, estrés	SI	NA	NA	NA	Implementar Programa de Vigilancia Epidemiológica para la identificación, Evaluación, Prevención, Intervención y Monitoreo de acuerdo a la Resolución 2646/2008. (aplicación baterías) Capacitar en relaciones interpersonales, trabajo en	NA
					Locativos: Almacenamiento, orden y aseo, caídas de objetos, superficie irregular)	Condiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos, caídas, tropezones	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES, BOTAS, FORMACION	2	3	6	MEDIA	25	150	III	MEJORAR	ACEPTABLE	6	golpes, amputaciones, fracturas	SI	SI	si	SI	implementar programa de orden y aseo, formación caídas a nivel, demarcación almacenamiento adecuado, señalización demarcación	Guantes de nitrilo, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Postura Prolongada Sedente	Biomecánico	dolores en miembros inferiores, lumbalgias, dolores lumbares	NINGUNO	NINGUNO	PAUSAS ACTIVAS	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	Afectación en la columna y Miembros superior e Inferior	SI	SI	NA	organizar puesto de trabajo	Capacitar en higiene postural, prevención de DME, Pausas Activas, ejercicios de estiramientos, Realizar exámenes médicos ocupacionales ingreso periódicos para control, reportar al jefe	
					Movimientos repetitivos de miembros superiores e inferiores, manipulación manual de carga, de tierra	Biomecánico	lumbalgia, tendinitis, epicondilitis, lumbalgia, hernia discal	NINGUNO	NINGUNO	capacitacion, Guantes carnaza, Botas punta acero	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	epicondilitis, lumbalgia discal, hernia humbilical, inginal	SI	NA	NA	NA	Realizar pausas activas ejercicios de acondicionamiento físico, capacitación manipulación de carga	Guantes de nitrilo, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Tecnológicos (Explosión, Generadores de Incendio, Explosión, fuga de gases)	Condiciones de Seguridad	Pérdidas económicas, humanas, información	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	50	300	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	incendio y/o explosión	SI	NA	NA	organizar bodega, revisar ventilación	Realizar inspección eléctrica a la bodega, aplicar programa de orden y aseo, capacitar en almacenamiento y de sustancias peligrosas, control de plagas-roedores, formación control de incendios, ventilación, los químicos deben estar almacenados en forma separada	Camilla, botiquin, extintores
					Ruido, iluminación, calor, radiaciones solar, polvo	Físico (condiciones ambientales)	cefalea, hipoacusia, estrés, migraña, afecciones	NINGUNO	NINGUNO	FORMACIÓN	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	Migraña, enfermedades respiratorias	SI	si	SI		formación en prevención riesgos laborales asociados (iluminación, ventilación	
					Públicos (Robos, atracos, asaltos, atentados, desordenes públicos, etc)	Condiciones de Seguridad	Golpes, Heridas traumas psicológicos, muerte, daños estructurales, perdida de información	camara de seguridad, alarma monitoreada	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	90	360	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	Muerte o perdida de información	SI	NA	NA	NA	Capacitar al personal en riesgo públicos, elaborar PONS y socializar con todo el personal, formación en evacuación y rescate, socializar punto de encuentro	
					Polvos, material particulado, gases y vapores	Químico	congestión nasal, afecciones respiratorias	NINGUNO	NINGUNO	PROTECTOR NASOBUCAL	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	congestión nasal, afecciones respiratorias	SI	NA	NA	Almacenamiento adecuado de elementos del almacen	formación manejo adecuado de almacen, orden y aseo, reciclaje, disposición final	protector nasobucal, gafas
					Abejas, insectos, virus, bacterias, hongos (Sudor)	Biológico	Gripas, afecciones respiratorias y dermicas	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	afecciones respiratorias	SI	NA	NA	aplicar programa de orden y aseo en la bodega		protector nasobucal
					Trabajo en alturas	Condiciones de Seguridad	Caídas a distinto nivel, golpes por caídas de personas y objetos, derrumbe de estructuras, atrapamientos, contactos eléctricos	NINGUNO	NINGUNO	EPI para TSA	6	1	6	MEDIA	50	300	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	golpes, amputaciones, fracturas, muerte	SI	SI	si	SI	implementar programa contra caídas, permisos de trabajo, ATS, Listas de chequeo formación caídas a nivel, desnivel señalización, demarcación de areas. Curso Nivel alturas avanzado, primeros auxilios, control incendio, evacuación y rescate, rescate en altura.	Casco con barbuquejo, Guantes de nitrilo, botas punta acero, overol, camisa manga larga, Arnes, EPI para TSA
					Excavaciones caídas desprendimiento de material tierra, rocas, derrumbe, hundimiento del terreno, inundaciones	Condiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos, caídas mismo nivel y al interior de la excavación, tropezones	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES, BOTAS, FORMACION	6	1	6	MEDIA	50	300	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	golpes, atrapamiento, golpes, amputaciones, fracturas, muerte	SI	SI	si	SI	implementar programa de orden y aseo, formación caídas a nivel, desnivel almacenamiento adecuado, señalización demarcación	Guantes de nitrilo, botas punta acero, overol, camisa manga larga
					Sismos, precipitaciones (tormentas eléctricas), lluvias	FENOMENOS NATURALES	Heridas, traumas, lesiones, muerte	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	50	300	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	6	Golpes, atrapamiento, lesiones multiples	si	NA	NA		Diseñar y documentar el plan de emergencias, Garantizar la dotación del botiquín de primeros auxilios, Proporcionar camilla rígida de espaldas del inmovilizador cervical, Conformar y entrenar la brigadas de emergencias, Realizar simulacro de evacuación anual para evaluar el nivel de respuesta, Demarcar punto de encuentro, elaborar plan de	Silbato, pito, brazaletes de brigadistas

SISTEMA DE GESTIÓN DESEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJC

MATRIZDE PELIGROS 2025

Códi jo
Vers ón 0
Fecha 15/06/2025

Elaborado por: Juan Fernando Aguirre | Aprobado por: Gerencia

IDENTIFICACIÓN DE PELIGR OS EVALUACION Y VALORACIÓN DE RIESGOS EN SEGURI DAD SALUD Y TRABAJO (GTC 45)

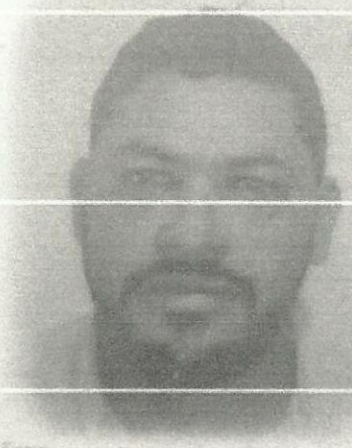
N	Proceso	Zona / Lugar	Actividades o tarea	Rutinario (SI o NO)	Peligro: Descripción	Peligro: Clasificación	Efectos posibles	Controles existentes: Fuente	Controles existentes: Medio	Controles existentes: Individuo	Evaluación del riesgo: Nivel de deficiencia (ND)	Evaluación del riesgo: Nivel de exposición (NE)	Evaluación del riesgo: Nivel de probabilidad (NP=ND*NE)	Evaluación del riesgo: Interpretación del nivel de probabilidad	Evaluación del riesgo: Nivel de consecuencia (NC)	Evaluación del riesgo: Nivel de riesgo (NR) e intervención (NP*NC)	Evaluación del riesgo: Interpretación del NR	Evaluación del riesgo: Aceptabilidad del riesgo	Aceptabilidad del riesgo	Criterios para establecer: Nro. Expuestos	Criterios para establecer: Peor consecuencia	Criterios para establecer: Existencia requisito legal asociado (SI o NO)	Medidas intervención: Eliminación	Medidas intervención: Sustitución	Medidas intervención: Controles de ingeniería	Medidas intervención: Controles administrativos, señalización, advertencia	Medidas intervención: Equipos/ elementos de protección personal
1	operativo	ATLANTE DE OBRA	Realizar actividades a fuerza de trabajo, de limpieza, logística, construcción, soporte y mantenimiento y otras asignadas. (Actividades PROPIAS DEL(la) manejo cargas, rasando, (equipo)	SI	Condiciones de la tarea mental, la mental, la fuentes generadoras, tareas que demandan atención sostenida,	P SICOSOCIAL	Monotonía, Estrés	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	MEDIA	10	60	III	MEJORAR	ACEPTABLE	23	Dos motivación estrés	SI	NA	NA	NA	Implemen ta un programa de vigilancia Epidemiológica para la Identificación, Evaluación, Prevención, Intervención y Monitoreo de desorden a la Resolución 2646/2008. (adicción bateriza) Capacita en relaciones interpersonales, trabajo en equipo,	NA
			Locativos: Almacenamiento inadecuado de sustancias y de residuos peligrosos;	C ndiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos, caídas, trapi zones	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES, BOTAS, FORMACION	2	2	4	BAJA	25	100	III	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	apla stamiento, golpes, am ataciones, f acturas	SI	SI	SI	SI	Implementar programa de orden y aseo, formación caídas a nivel, desnivel, almacenamiento adecuado, señalización, demarcación	Guantes car aza, botas punta acero, ove ol, camisa manga larga
			Postura: Prolongada	Biomecánico	dolores en miembros inferiores, lumbalgia, daños Lumbares	NINGUNO	NINGUNO	PAUSAS ACTIVAS	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	Afectación en la columna y lo miembros s perior e inferior	SI	SI	NA	organizar puesto de trabajo	Capacita en higienes postural, prevenci n de DME, Pausas Activas, ejercicios de estiramientos, Realizar exámenes médicos ocupacionales ingreso, periódicos para controlar exposición al riesgo	
			Movimientos repetitivos, movimiento de cuello, tronco, brazos, antebrazos, manipulación manual de cargas,	Biomecánico	tendinitis, epicondilo, lumbalgia, hernia discal	NINGUNO	NINGUNO	capacitacion, Guantes carnaza, Botas punta acero	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	a osiosis, hernia discal, tenosi ovitis, epicondilitis,	SI	NA	NA	NA	Realizar pausas activas, a ercicios de estiramiento basico, Inspección ergonómica, capacitación manipulación de cargas	Guantes car aza, botas punta acero, ove ol, camisa manga larga
			Tecnológicos: Fallas eléctricas, Corto Circuito, Incendio, Explosión, fuga, derrame	C ndiciones de Seguridad	Pérdidas económicas, humanas, información	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	60	360	III	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	Incendio yo explosión	SI	NA	NA	organizar bodega, revisar ventilación	aplicar programa de orden y aseo, capacitar en almacenamiento, formación, control de incendios, los químicos inflamables, líquidos) deben estar almacenados en forma separada de las otras sustancias y por matriz de compatibilidad en lugar ventilado. Manejo seguro combustible Planta electrica lugar ventilado - Aislado fuentes q propaguen fuego	Garrafa, bidones, extintores
			Ruido, iluminación inadecuada, radiaciones solares, calor	Físico (condiciones ambientales)	cefalea, hipoacusia, estrés, mig aña, afecciones	NINGUNO	NINGUNO	FORMACIÓN	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	Migraña, enfermedades ocupacionales	SI	si	SI		formación en prevención riesgos laborales asociados (Iluminación, ventilación)	
			Públicos atracos, atentados, público, etc.)	Robos, asaltos, ataques	Golpes, Heridas, traumas psicológicos, muerte, daños estructurales, pérdida de información	carne a de seguridad, alarmas monitoreada	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	60	360	III	MEJORAR	ACEPTABLE	23	Muerte o pérdida de información	SI	NA	NA	NA	Capacita al personal en riesgo público, elaborar PONS y localizarlos a todo el personal, formación en evacuación y rescate, socializar puntos de encuentro	
			Polvo, material particulado, gases y vapores	Químicos	congestión nasal, afecciones respiratorias,	NINGUNO	NINGUNO	PROTECTOR RESPIRATORIO	2	4	8	MEDIA	25	200	III	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	congestión nasal, afecciones respiratorias	SI	NA	NA	Almacenamiento adecuado de los elementos del almacen	formación manejo adecuado de almacen, orden y aseo, reciclaje, disposición final	protector respiratorio, guantes
			Bacterias, hongos, virus, parásitos (Gusano), picaduras de insectos, mordeduras de animales	Biológicos	Golpes, afecciones respiratorias y dermicas	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	MEDIA	25	200	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	afecciones respiratorias	SI	NA	NA	aplicar programas de orden y aseo en la bodega	Capacita en riesgo biologico, control de plagas, lavado de manos, ojos en caso de que ocurra un accidente. Disposición final de residuos	protector respiratorio
			Trabajo en altura	C ndiciones de Seguridad	Caídas a distinto nivel, golpes por caídas de personas y objetos, derrumbe de estructuras, atrapamientos, contactos eléctricos	NINGUNO	NINGUNO	EPI para TEA	6	1	6	MEDIA	60	360	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	apla stamiento, am ataciones, fracturas, muerte	SI	SI	si	SI	implementar programa contra caídas, permisos de trabajo, ATS, Listas de chequeo, formación caídas a nivel, desnivel, señalización, demarcación de áreas, Curso Nivel alturas avanzado, primeros auxilios, control incendio evacuación y rescate, rescate a altura.	Casco con barbuquejo, Guantes car aza, botas punta acero, ove ol, camisa manga larga, Arnes, EPI para TSA
			Excavaciones, deslizamiento de material, caída de material, caída de derrumbamiento del terreno, trabajos	C ndiciones de Seguridad	Machucones, golpes, atrapamientos caídas misma nivel y al Inferior de la excavación, trapezoides	NINGUNO	NINGUNO	GUANTES, BOTAS, FORMACION	6	1	6	MEDIA	60	360	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	apla stamiento, golpes, am ataciones, fracturas, muerte	SI	SI	si	SI	implementar programa de orden y aseo, formación caídas a nivel, desnivel, almacenamiento adecuado, señalización, demarcación	Guantes car aza, botas punta acero, ove ol, camisa manga larga
			Sismo, precipitaciones, tormenta eléctrica, inundación	FENOMENOS NATURALES	Heridas, trauma contusiones, muerte	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	6	1	6	MEDIA	60	360	II	ADOPTAR MEDIDAS DE CONTROL	ACEPTABLE	23	Golpes, atrapamientos, lesiones mortales	si	NA	NA		Diseñar, documentar el plan de emergencias, Garantizar la dotación del botiquín de primeros auxilios, Proporcionar camilla rígida acompañada del inmovilizador vertical, Conformar y entrenar la brigadas de emergencias, Realizar simulacros de evacuación anual para evaluar el nivel de respuesta, Demarcar punto de encuentro, elaborar plano de evacuación, socializarlo	Botiquines de brigadistas

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				LISTADO MAESTRO DE MATRICES DEL SG-SST				
	CÓDIGO: SST-MTZ-002				VERSIÓN: 03		FECHA: Julio 2023		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	REVISION Y ACTUALIZACION			DISPOSICIÓN Y RESPONSABLE				
		VERSION	FECHA		RESPONSABLE	TIEMPO DE CONSERVACION	FECHA DE CAMBIO	VERSION QUE SE CAMBIO	MOTIVO
			MES	AÑO					
Formato Listado de Asistencia a Capacitación	SST-F-001	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año	1/1/2023	1	Logo razón social
Formato de Evaluación de Capacitación	SST-F-002	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año	1/1/2023	1	Logo razón social
Formato Registro de Inducción en SST	SST-F-003	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato Evaluación Inducción en SST	SST-F-004	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Rendición de Cuentas del SG-SST	SST-F-005	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Selección y Evaluación de Proveedores y Contratistas	SST-F-006	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Gestión del Cambio	SST-F-007	2	Abril	2023	SG-SST	1 Año	2/1/2023	1	Logo razón social y se modifica cuerpo del formato, se agrega parte final del formato
Formato de Encuesta Sociodemografica	SST-F-008	2	Julio	2023	SG-SST	1 Año	07 de julio de 2023	1	Logo razón social y se modifica cuerpo del formato,se añaden preguntas en el formato
Formato de Auto-Reporte de Condiciones de Salud	SST-F-009	2	Julio	2023	SG-SST	1 Año	07 de julio de 2023	1	Logo razón social y se modifica en su totalidad el formato
Formato de Reporte de Incidente de Trabajo	SST-F-010	2	Junio	2023	SG-SST	1 Año	01/006/2023	1	Se modifica formato en general
Formato de Investigación de Incidente, Accidente y Enfermedad Laboral	SST-F-011	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año	1/1/2023	1	Se modifica logo empresa
Formato de Encuesta de Identificación de Peligros	SST-F-012	2	Junio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Repote de Actos y Condiciones Inseguras	SST-F-013	2	Marzo	2023	SG-SST	1 Año	1/1/2023	1	Logo razón social y se modifica cuerpo del formato, se agrega parte final del formato
Formato de Inspección de Extintores	SST-F-014	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año			Se modifica logo de la empresa
Formato de Inspección de Botiquín	SST-F-015	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año	2/1/2023		Logo razón social y se modifica cuerpo del formato, se agrega parte final del formato
Formato de Inspección de Señalización	SST-F-016	2	Enero	2023	SG-SST	1 Año	2/1/2023	1	Logo razón social y se modifica cuerpo del formato, se agrega parte final del formato
Formato Inspección Locativa	SST-F-017	2	Julio	2023	SG-SST	1 Año	1/7/2023	1	Se modifica nombre, y se modifica formato en general
Formato de Inspección General en Oficina	SST-F-018	2	Enero	2022	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección de Orden y Aseo	SST-F-019	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Control Visitantes	SST-F-020	3	Enero	2023	SG-SST	1 Año	1/1/2023	1	Cambio logo
Formato Lista de Verificación Auditoria del SG-SST	SST-F-021	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora Continua	SST-F-022	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato para Presentar Queja de Presunto Acoso Laboral	SST-F-023	1	Febrero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Divulgación de Lección Aprendida	SST-F-024	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Encuesta de Vida y Trabajo Saludable	SST-F-025	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Ficha de Mantenimiento Preventivo y Correctivo	SST-F-026	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Seguimiento de Uso de Elementos de Protección personal	SST-F-027	1	Enero	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de Entrega de Elementos de Protección Personal	SST-F-028	3	Abril	2023	SG-SST	1 Año	1/4/2023	2	Logo razón social y se modifica cuerpo del formato, se agrega parte final del formato
Formato Perfil de Cargo	SST-F-029	3	Enero	2022	SG-SST	1 Año			
Formato de Examenes Ocupacionales Retiro	SST-F-030	1	Diciembre	2021	SG-SST	1 Año			
Formato de etiqueta de seguridad	SST-F-031	1	Octubre	2022	SG-SST	1 Año			
Formato de entrega dotación	SST-F-032	2	Abril	2023	SG-SST	1 Año	1/4/2023	1	Logo razón social y se agrega parte final documento
Formato de Inspección Andamios	SST-F-033	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Permiso de trabajo	SST-F-034	1	Mayo	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Analisis de Trabajo Seguro	SST-F-035	1	Mayo	2023	SG-SST	1 Año			
Formato Inspección Camillas	SST-F-036	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Arnés	SST-F-037	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Eslinga	SST-F-038	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección EPP	SST-F-039	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formde de Inspección Herramienta Menor	SST-F-040	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Maquinaria	SST-F-041	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Hidrolavadora	SST-F-042	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Mezcladoras	SST-F-043	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Destroncadora	SST-F-044	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Vibrocompactador	SST-F-045	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de InspecciónTaladro Eléctrico	SST-F-046	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Sierra Electrica	SST-F-047	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Cortadora	SST-F-048	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspeccción Placa vibratoria	SST-F-049	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Inspección Andamios	SST-F-050	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de entrega dotación brigadas	SST-F-051	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato etiqueta SGA	SST-F-052	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de anexo informe de seguridad y salud en el trabajo obras	SST-F-053	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato Informe de seguridad y salud en el trabajo obras	SST-F-052	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Permiso de Trabajo en Alturas	SST-F-053	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			
Formato de Permiso de Trabajo con Sustancias Quimicas	SST-F-054	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			Creacion del documento
Formato de Permiso de Trabajo en Caliente	SST-F-055	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			Creacion del documento
Formato de Permiso de Trabajo Electrico	SST-F-056	1	Julio	2023	SG-SST	1 Año			Creacion del documento

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 15.932.095



Apellidos
CASTRILLON GOMEZ

Nombres
CARLOS ALBERTO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 FEB 1981

G.S.
B-

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
14 DIC 1999, SUPIA

Firma

Fecha de expiración
24 OCT 2032

0083007244

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0083007248091 24<<<<<<<<<<<
8102025M3210248COL15932095<<<0
CASTRILLON<GOMEZ<<CARLOS<ALBER

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón sociai: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 15932095
Nombre: CARLOS ALBERTO CASTRILLON GOMEZ
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 06:31:21 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.067.973.233

CANTERO SOTO

ALVIS LUIS

COL

1.65

M

26 SEPT 1992

ZULIA JESUS ENRIQUE LOSSADA (VENEZUELA)

28 FEB 2019, CERETE

24 NOV 2033

Luis Cantero

0362523149

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0362523498130 10<<<<<<<<<<<
9209253M3311248COL10679732 33<4
CANTERO<SOTO<<ALVIS<LUIS<<<<<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1067973233
Nombre: ALVIS LUIS CANTERO SOTO
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 06:35:01 p. m.

Salud Total EPS

Bogotá, 30/06/2025

Señor(a)
ALVIS LUIS CANTERO SOTO
C – 1067973233

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014972934
Fecha Radicación: 06/18/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO MSG SAS N 901110550, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
ALVIS LUIS CANTERO SOTO	C	09/25/1992	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 07/18/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 53 B 27 24 OF 503
Dirección Laboral: CL 53 B 27 24 OF 503
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/17/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

porvenir
sólo hay uno

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 9

CERTIFICA QUE:

ALVIS LUIS CANTERO SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.973.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

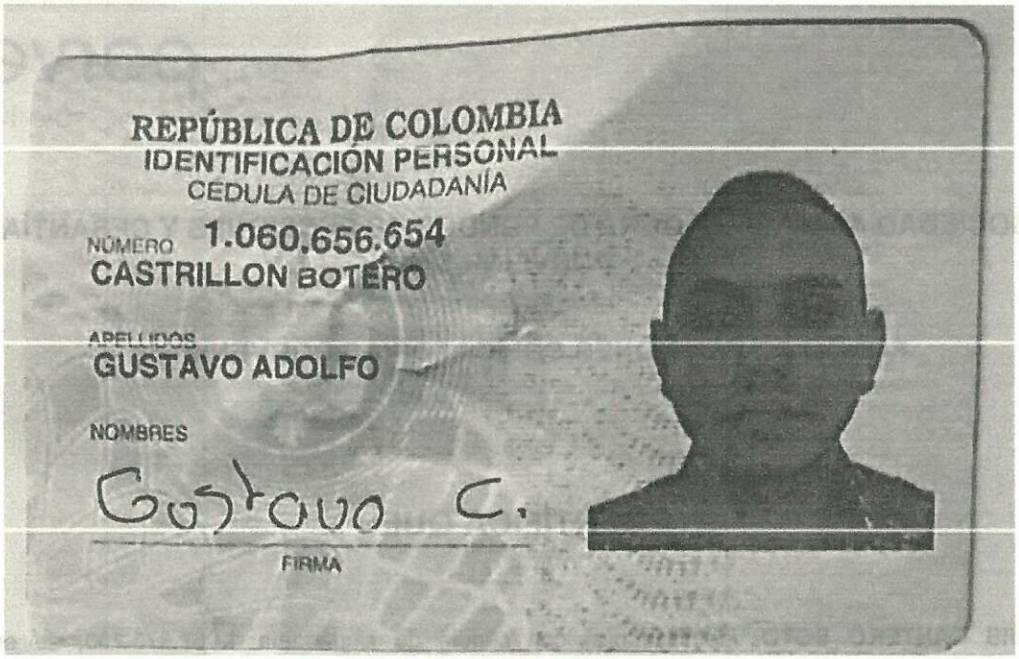
La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

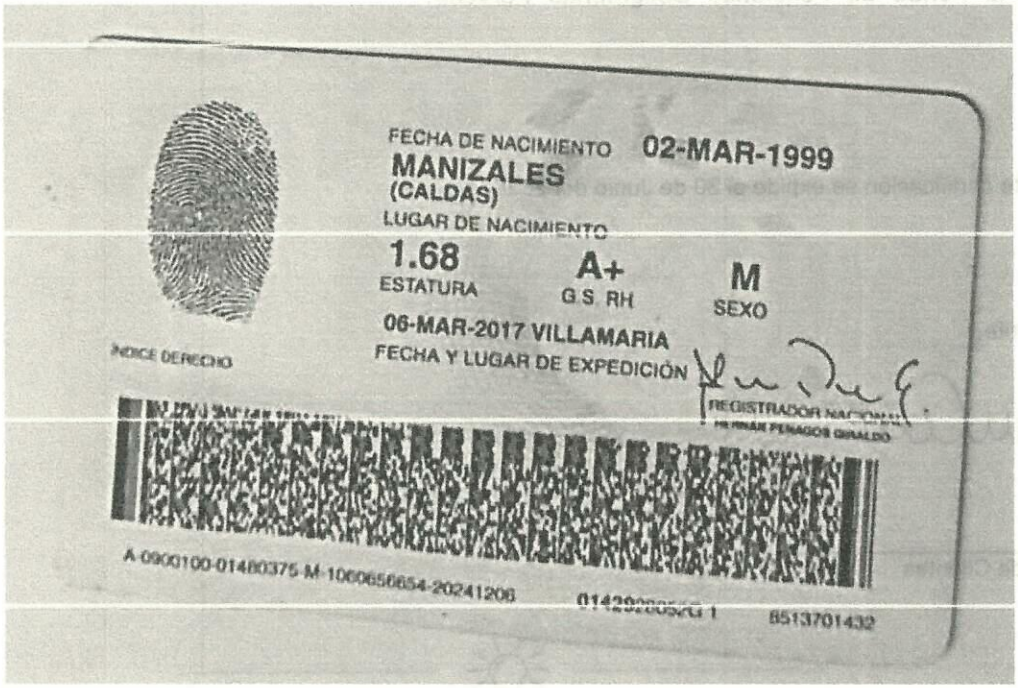
NÚMERO 1.060.656.654
CASTRILLON BOTERO

APELLIDOS
GUSTAVO ADOLFO

NOMBRES

Gustavo C.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1999
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

06-MAR-2017 VILLAMARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

A-0900100-01480375-M-1060656654-20241206

8513701432

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1060656654
Nombre:	GUSTAVO ADOLFO CASTRILLON BOTERO
Fecha Ingreso:	18/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/06/2025 06:41:58 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972949	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: CASTRILLON	Segundo apellido: BOTERO	Primer nombre: GUSTAVO	Segundo nombre: ADOLFO

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1060656654	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0|2|0|3|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Categoria Discapacidad	Si ☐ No ☒

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
ML 2 VIA A NEIRA	8802220	3126258103	GUSTAVOCASTRILLON@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES	COL	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Numero documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Telefono fijo o celular: 6960215	Correo electrónico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4014972949

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 la relación laboral o perdida de las 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 del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no información del cotizante cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 celular como mensaje 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio
Gustavo C.	Valery V.

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad. CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 conviste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	**Código del Departamento**	
☐	☐	

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

GUSTAVO ADOLFO CASTRILLON BOTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.060.656.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

5.951.269

PINEDA TORRES

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1981

MURILLO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-JUL-2000 MURILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-00421685-M-0005951269-20130116 0032156043A 1

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón sociai: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 5951269
Nombre: JHON JAIRO PINEDA TORRES
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 06:52:03 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972956	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Verifique la información y las opciones marcadas antes de firmar)

8.Apellidos y nombres			
PINEDA (Primer apellido)	TORRES (Segundo apellido)	JHON (Primer nombre)	JAIRO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	5951269	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|2|0|9|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
Si ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia				
Dirección: CR 1 N 43 D 54 AP 324	Telefono fijo:	Telefono celular: 3137032256	Correo electronico: JHONJAIROPINEDA81@GMAIL.COM	
Departamento: CALDAS	Municipio/Distrito: MANIZALES	Localidad / comuna: 170	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Teléfono fijo o celular: 6960215	Correo electrónico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4014972956

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- ☐ 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento
☐				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 17/09/2018	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia economica 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 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 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 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 hara cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Numero documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. ☐ empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
DJ.	Valen V.

X. ANEXOS

82. ☐ Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total [0]

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declara la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

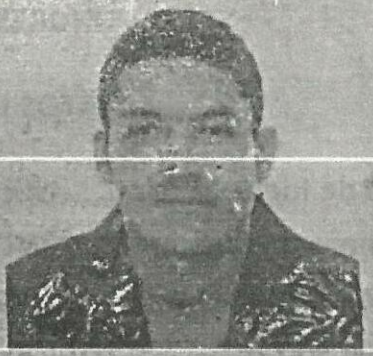
NUMERO 1.110.500.833

MURCIA TORO

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES



JORGE MURCIA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1986

CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-AGO-2008 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2900100-00133978-M-1110500833-20081205 0007530652A 1 32197835

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1110500833
Nombre: JORGE LUIS MURCIA TOR
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:03:11 p. m.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.959.475

PATIÑO
APELLIDOS

FABIAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1969
SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

26-SEP-1988 SALAMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0908200-43156639-M-0015959475-20070224 03137 07054P 02 217666190

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 15959475
Nombre: FABIAN PATIÑO
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:06:45 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972964	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
PATIÑO Primer apellido	Segundo apellido	FABIAN Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	15959475	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0|5|0|7|1|9|6|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18.Discapacidad	SI ☐	No ☒
6		Categoría Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
CL 50 76 30 Dirección	Telefono fijo	3106907023 Telefono celular	FABIAN.PATINO@GMAIL.COM Correo electronico

CALDAS Departamento	MANIZALES Municipio/Distrito	170 Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico	40.Sexo Identificación	41.Lugar Nacimiento	42.Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901116550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 Dirección	6960215 Teléfono fijo o celular	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014972964

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	17/09/2020215		

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaracion de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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, segun encuesta del Sisben 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 documento de identidad	Numero documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Fabian D	Valery V.

X. ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95 Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

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 **FABIAN PATIÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15959475,** se encuentra afiliado/a desde **16/08/1994** 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 30 de junio de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

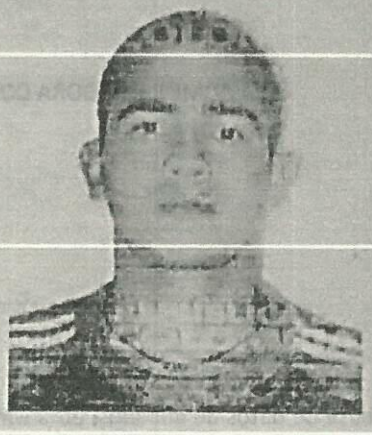
NUMERO **75.093.309**

GIRALDO LLANO

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1980**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-MAR-1998 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00202717-M-0075093309-20091210 0018873972A 1 4480107710

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	75093309
Nombre:	ANDRES FELIPE GIRALDO LLANO
Fecha Ingreso:	18/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/06/2025 07:11:30 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972965	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

Datos básicos del afiliado (cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique, o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: GIRALDO	Segundo apellido: LLANO	Primer nombre: ANDRES	Segundo nombre: FELIPE

9.Tipo documento de Identidad	10.Numero del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	75093309	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	1|4|0|2|1|9|8|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A		1423500	

26.Residencia			
Dirección: CR 1 N 48D 86	Telefono fijo:	Telefono celular: 3103823300	Correo electronico: ANDRESGIRALDO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES	COL	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Numero documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Numero de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia							52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B1		
B2		
B3		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Telefono fijo o celular: 6960215	Correo electrónico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4014972965

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 la relación laboral o pérdida de las 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 del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	17/05/2025	☐	

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 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 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 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 celular como mensaje 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Andres G.	Valery V

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia 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 para los casos de separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia orden judicial o 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 padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

ANDRES FELIPE GIRALDO LLANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **75.093.309**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

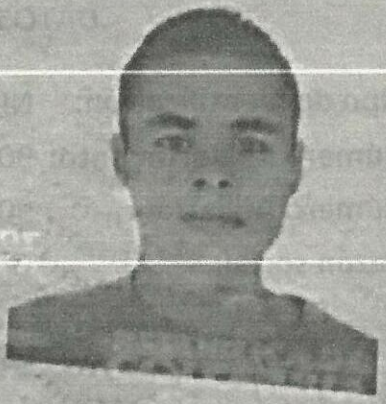
NUMERO 16.073.621
GIRALDO NARANJO

APELLIDOS

JUAN DIEGO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1982
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-ENE-2001 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0900100-00249992-M-0016073621-20100813

0023420049A 1 34170599

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 16073621
Nombre: JUAN DIEGO GIRALDO NARANJO
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:16:19 p. m.

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 **JUAN DIEGO GIRALDO NARANJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16073621,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** 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 30 de junio de 2025.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_5913961

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901110550 GRUPO MSG SAS
Afiliado	CC 16073621 JUAN DIEGO GIRALDO NARANJO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 171 55 B-05
Fecha de ingreso	17/06/2025
Fecha de radicación	30/06/2025 05:19:53 p.m.
Código de Transacción	200196520
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 07/2025

Fecha de generación 30/06/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.053.856.916
ARANGO GONZALEZ
APELLIDOS
JOSE ALDEMAR
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1997
MURILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAY-2015 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1053856916
Nombre: JOSE ALDEMAR ARANGO GONZALEZ
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:19:16 p. m.

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 **JOSE ALDEMAR ARANGO GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053856916,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** 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 30 de junio de 2025.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 15.987.568
RIVERA MARIN

APELLIDOS

JOSE ALBEIRO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1966
ARBOLEDA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A- G.S. RH | M SEXO

06-DIC-1985 MANZANARES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0900100-01051479-M-0015987568-20161219 0063777369A 1 9006492175

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	15987568
Nombre:	JOSE ALBEIRO RIVERA MARIN
Fecha Ingreso:	18/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/06/2025 07:24:57 p. m.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_5913974

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901110550 GRUPO MSG SAS
Afiliado	CC 15987568 JOSE ALBEIRO RIVERA MARIN
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 171 55 B-05
Fecha de ingreso	18/06/2025
Fecha de radicación	30/06/2025 05:32:41 p.m.
Código de Transacción	200196551
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 07/2025

Fecha de generación 30/06/2025

porvenir
sólo hay uno

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:

JOSE ALBEIRO RIVERA MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.987.568**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

Cordialmente,

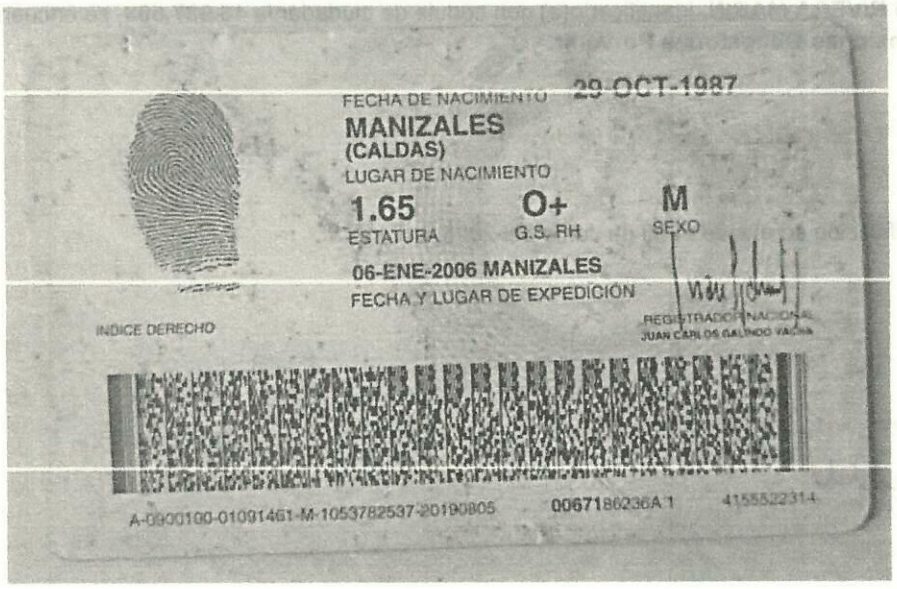
Gerencia de Clientes



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.053.782.537
ACEVEDO RODRIGUEZ
APELLIDOS
ALEJANDRO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1987
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
06-ENE-2006 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0900100-01091461-M-1053782537-20190805 0067186236A 1 4155522314

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1053782537
Nombre: ALEJANDRO ACEVEDO RODRIGUEZ
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:30:28 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972971	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Cabeza de familia, cónyuge o compañero(a) permanente, padres y beneficiarios o afiliados adicionales)

8.Apellidos y nombres			
ACEVEDO (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	ALEJANDRO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1053782537	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|9|1|0|2|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A		1423500	

26.Residencia					
ML 2 VIA A NEIRA (Dirección)	8802220 (Telefono fijo)	3148889160 (Telefono celular)	AURELIOZAPATA@HOTMAIL.COM (Correo electronico)		
CALDAS (Departamento)	MANIZALES (Municipio/Distrito)	17o (Localidad / comuna)	zona	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 (Dirección)	6960215 (Telfono fijo o celular)	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014972971

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 la relación laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad (DD/MM/AAAA)	67. Motivo de traslado Código: ☐	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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.

75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de aus 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 celular como mensaje 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, segun 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 documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

Alejandro A.	Valery
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador, apoderado 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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demas información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

ALEJANDRO ACEVEDO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.782.537**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

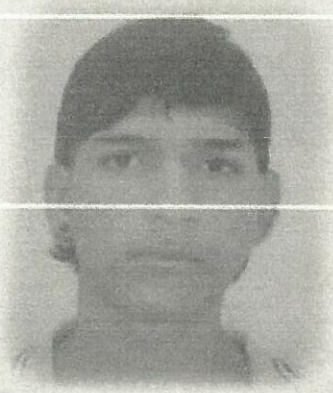
Tenga en cuenta:

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.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.054.541.103



VALENCIA GALLEGO

WILLIAM

COL 1.74 M

23 OCT 2004 O+

LA DORADA (CALDAS)

28 OCT 2022 MANIZALES

william V

28 OCT 2032

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL008360829809001<<<<<<<<<<<
0410232M3210260COL1054541103<6
VALENCIA<GALLEGO<<WILLIAM<<<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1054541103
Nombre: WILLIAM VALENCIA GALLEGO
Fecha Ingreso: 18/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 17/06/2025 07:35:04 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

WILLIAM VALENCIA GALLEGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.541.103**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

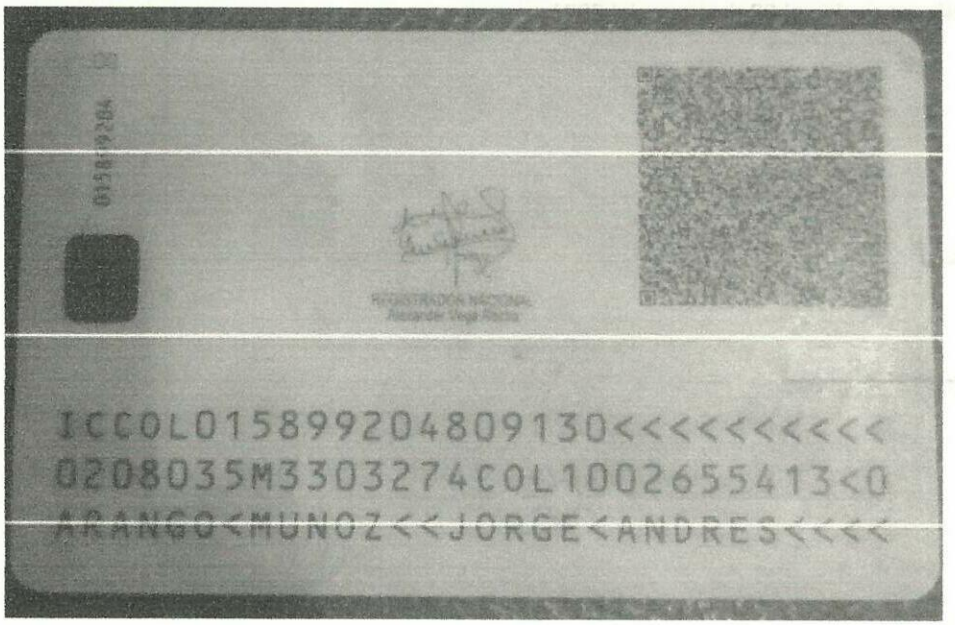
Cordialmente,

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.


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.002.655.413
ARANGO MUÑOZ
JORGE ANDRES
M
03 AGO 2002
MANIZALES (CALDAS)
06 AGO 2020 VILLAMARIA


REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0158992048091300<<<<<<<<<<<
0208035M3303274COL1002655413<0
ARANGO<MUNOZ<<JORGE<ANDRES<<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1002655413
Nombre:	JORGE ANDRES ARANGO MUÑOZ
Fecha Ingreso:	18/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/06/2025 07:37:48 p. m.

No de Radicacion
4014972991

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [X] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion 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
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al pais
- [X] 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 tránsito de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	18/06/2020/25		

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 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 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,del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones lo 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 encuesta del Sisben 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 documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

Dorge. A.

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Valery D.

81. El empleador, operante 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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: 0

83. [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. [ ] Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura publica,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
85. [ ] Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. [ ] Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. [ ] Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
89. [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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

95.Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972991	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del usuario, relleno en letras y separando los apellidos y nombres con espacios)

8.Apellidos y nombres			
ARANGO (Primer apellido)	MUÑOZ (Segundo apellido)	JORGE (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1002655413	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0|3|0|8|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	SI ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
Dirección: CL 9 A 1 F 16 VP	Telefono fijo: 3125	Telefono celular	Correo electronico
Departamento: CALDAS	Municipio/Distrito: VILLAMARIA	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

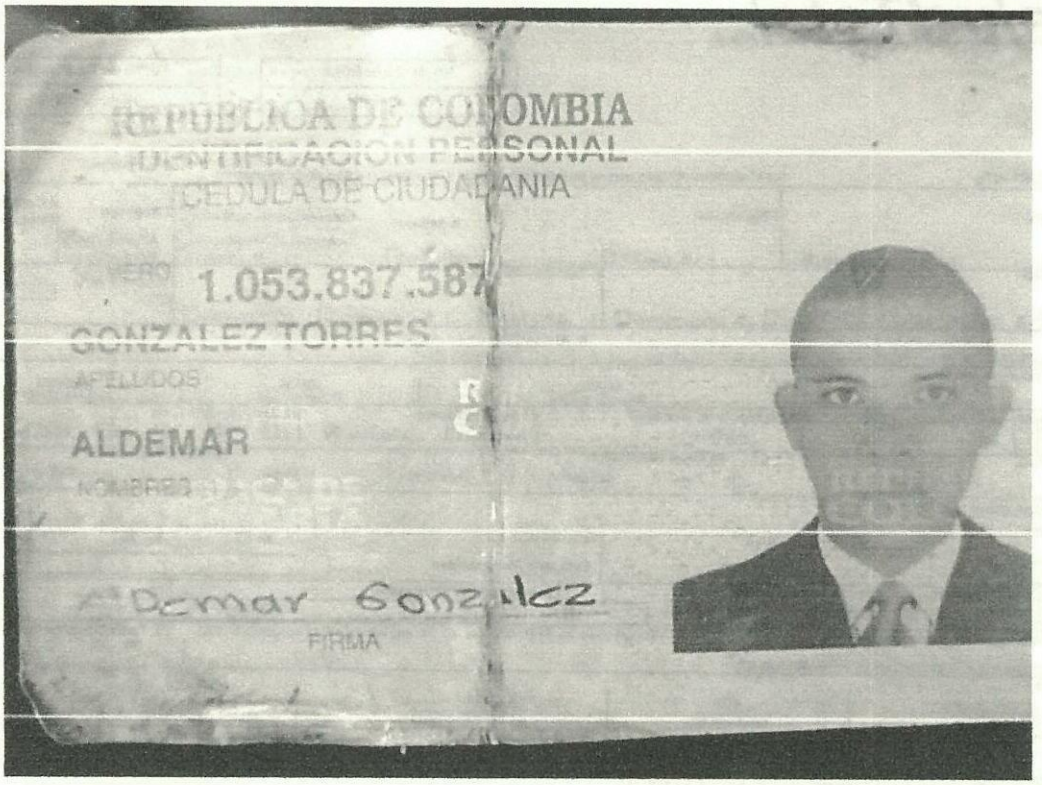
Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	CTRO MEDICO EL PARQUE VILLAMARIA CP - CTRO MEDICO EL PARQUE VILLAMARIA CP	STVLAMARIA - STVLAMARIA
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Telefono fijo o celular: 6960215	Correo electrónico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.837.587

GONZALEZ TORRES
APELLIDOS

ALDEMAR
NOMBRES

Aldemar Gonzalez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1994
MURILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-OCT-2012 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

F-0900100-00413452-M-1053837587-20121127 0031770799A 1 38837181

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053837587
Nombre:	ALDEMAR GONZALEZ TORRES
Fecha Ingreso:	19/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/06/2025 06:15:44 p. m.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ALDEMAR GONZALEZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.837.587**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

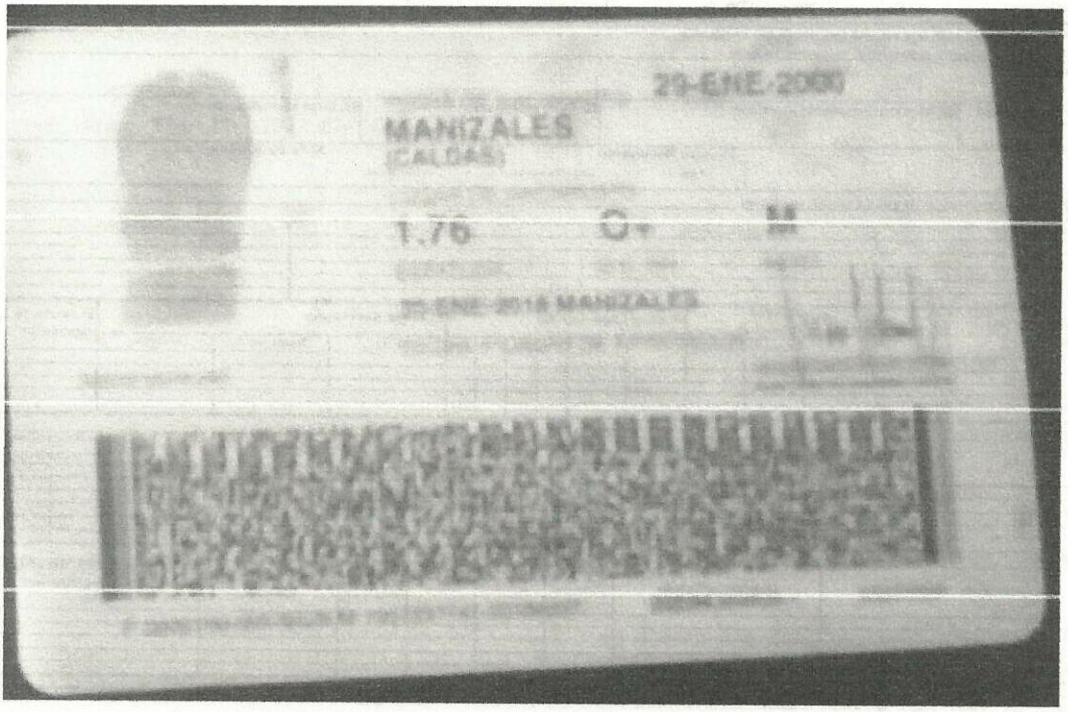
Cordialmente,

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.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.007.231.747
LOAIZA LOPEZ
MICHAEL STIVEN


29-ENE-2000
MANIZALES
(CALDAS)
1.75
O+
M

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972913	18/06/20/20/25

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando acregue o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
LOAIZA (Primer apellido)	LOPEZ (Segundo apellido)	MICHAEL (Primer nombre)	STIVEN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1007231747	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|9|0|1|2|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
CR 134 A 55 10 (Dirección)	8900586 (Telefono fijo)	3002222200 (Telefono celular)	SINCONFIRMAR@YAHOO.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES	COL	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Número de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 (Dirección)	6960215 (Telefono fijo o celular)	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014972913

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion 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
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [x] 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 tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribucion solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento AAAA MM DD

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad AAAA MM DD	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia economica 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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 electronico o celular como mensaje 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

Michael C.	Valery R.
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador 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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

83. [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. [ ] Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. [ ] Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. [ ] Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración ausorita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
89. [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
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 consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

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 documento de identidad	Numero documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

MICHAEL STIVEN LOAIZA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.231.747**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007231747
Nombre:	MICHAEL STIVEN LOAIZA LOPEZ
Fecha Ingreso:	11/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/06/2025 08:24:12 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.002.652.964**

CASTAÑEDA RINCON

APELLIDOS

MICHAEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-2001**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

20-DIC-2019 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0900100-01121803-M-1002652964-20191223 0069453229A 1 8500153084

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972910	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual - Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
CASTAÑEDA (Primer apellido)	RINCON (Segundo apellido)	MICHAEL (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1002652984	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:	1|2|1|2|2|0|0|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Categoria Discapacidad	Si ☐ No ☒

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
CR 67 B 39 67 Dirección	Telefono fijo	3206184229 Telefono celular	MC0449683@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de Identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Número de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 Dirección	6960215 Teléfono fijo o celular	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014972910

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 1/09/2020	67.Motivo de traslado Código:	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 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 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 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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, segun 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Michael C.	Valery V.

X. ANEXOS

82. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 conceda la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

95. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	

96. Fecha de Radicacion	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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 9

CERTIFICA QUE:

MICHAEL CASTAÑEDA RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.652.964**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
MICHAEL CASTAÑEDA RINCON	C.C.	1,002,652,964	10/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 30 de junio de 2025 a las 03:52:15 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972874	18|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
VILLA (Primer apellido)	MENESES (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1053813714	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|1|0|6|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingrese base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CR 7K 54 25		3155273237	

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico	40.Sexo identificación	41.Lugar Nacimiento	42.Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901116550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 (Dirección)	6960215 (Teléfono fijo o celular)	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014972874

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NS ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento
☐				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad aaaa/mm/dd	67.Motivo de traslado Código: ☐	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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la necesiten.
- 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 celular como mensaje 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, segun encuesta del Sisben 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 documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

Juan Villa

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Valery

81. El empleador 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- 83. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. ☐ Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 88. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 89. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 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.

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

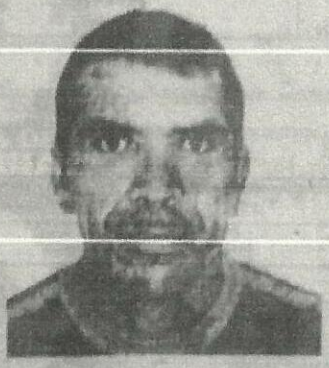
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de los demas información registrada.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
10.264.806
NUMERO
GOMEZ NIETO
APELLIDOS
JOSE ALBEIRO
NOMBRES
Albeiro Gomez Nieto
FIRMA



09-DIC-1963
FECHA DE NACIMIENTO
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
M
SEXO
03-AGO-1982 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



A-0000100-35152221-M-0010204800-20000919 05138 0020A 02 217309175

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972920	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante - cabeza de familia o beneficiario si cotiza, afiliado o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: GOMEZ	Segundo apellido: NIETO	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: ALBEIRO

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	
CC	10264806	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐	Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0|9|1|2|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	SI ☐	No ☒
6		Categoría Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A		1423500	

26.Residencia			
Dirección: CL 50 N 29 18	Telefono fijo:	Telefono celular: 3206214864	Correo electronico: JOSENIETO@YAHOO.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	
CALDAS	MANIZALES	57	Urbana cabecera municipal ☐	Rural dispersa ☐
			Urbana centro poblado ☐	Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificacion						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia							52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CENTRO VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Teléfono fijo o celular: 6960215	Correo electrónico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4014972920

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculacion 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código: ☐	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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 celular como mensaje 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Albeiro A.	Valery V

X. ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	**Código del Departamento** ☐	

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOSE ALBEIRO GOMEZ NIETO	C.C.	10,264,806	11/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 30 de junio de 2025 a las 03:18:53 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972934	1|8|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CANTERO (Primer apellido)	SOTO (Segundo apellido)	ALVIS (Primer nombre)	LUIS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1067973233	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|5|0|9|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
BIS 56 N 76 Dirección	Telefono fijo	3216435448 Telefono celular	ALVISLUIS@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona		
CALDAS	ARANZAZU	COL	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HOSPITAL SAN VICENTE PAUL - HOSPITAL SAN VICENTE PAUL	HSPAUL - HSPAUL
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 Dirección	6960215 Teléfono fijo o celular	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014972934

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- ☐ 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribucion solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código: ☐	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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 Contribucion Solidaria, segun encuesta del Sisben 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 documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Luis Cain	Cantalem

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

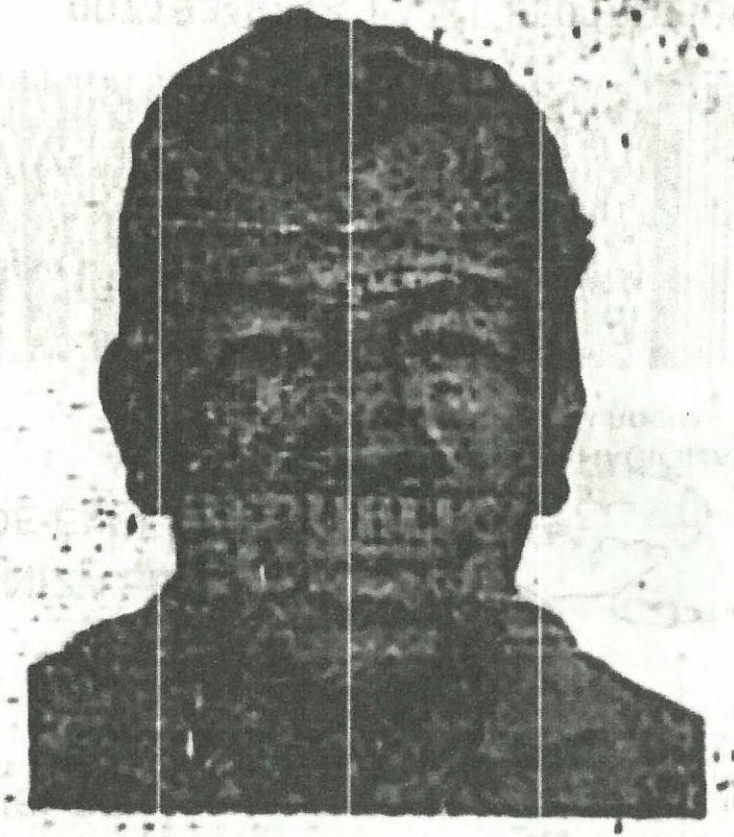
NUMERO **10.268.964**

PEDREROS CEBALLOS

APELLIDOS

JORGE ELIECER

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1965

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUL-1983 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0913000-01167007-M-0010268964-20201001 0071934974A 1 8500718380

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 03 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia: [X] b) Beneficiario o afiliado adicional: [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEDREROS	CEBALLOS	JORGE	ELIECER

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10268964
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO CALDAS | MUNICIPIO MANIZALES
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 07 MES 05 AÑO 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: SI [ ] NO [X]
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: ARL AXA COLPATRIA S.A
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA: TELÉFONO CELULAR 3144099513 | TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: CALLE 19 NÂ° 44-29 # -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: CONTABILIDAD2019.MSG@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO/ DISTRITO: MANIZALES
LOCALIDAD/COMUNA: CAMPAMENTO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Solo se diligenciarán los beneficiarios) (Diligenciar si corresponde a (b) permanente sin ingresos)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	MPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD	SI	NO	50. CUIDADOR PERMANENTE	SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. IBC DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (LA ASIGNA LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O DIDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o beneficiario (a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901110550	3502147566	

59. Dirección					
CL 136 F 159 A 10	# -	GRUPOMSG2019@GMAIL.COM	BOGOTA D C	DEPARTAMENTO	BOGOTA D C

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
9. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE REINGRESADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEDREROS	CEBALLOS	JORGE	ELIECER

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10268964
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] NB [ ] OTRO [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 07 MES 05 AÑO 1965
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 03 MES 06 AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación 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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a). Autoriza mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios reglamentados, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jorge Eliecer Pedreros	Eduardo Rojas

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [MS] [RC] [TI] [CC] [CE] [SC] [PA] [CD] [AS] [PT]
Cantidad: Total:
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 providencia 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 unión marital de hecho.
86. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o de otro acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la petición de la pareja interesada o el certificado de existencia de las partes o la declaración jurada 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
91. Certificación de enrolamiento o inexistencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la utilización de otro.
Total Anexos:

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE DIEGO CABRERA BALLA
CLAVE ASESOR C7312
FECHA

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA	MES	AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JORGE ELICER PEDREROS CEBALLOS	C.C.	10,268,964	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 12:34:12 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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 **JORGE ELIECER PEDREROS CEBALLOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10268964,** se encuentra afiliado/a desde **19/12/1996** 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 21 de junio de 2025.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.593.097

VASQUEZ TRILLO

APELLIDOS

JOHN EIDER

NOMBRES



John Eider vasquez T.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2003

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

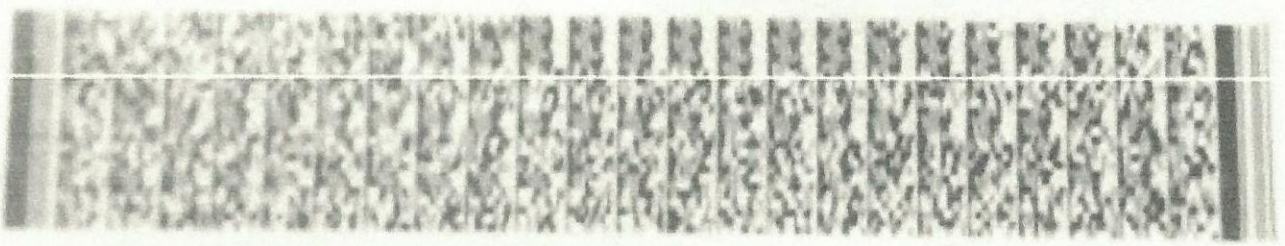
1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-AGO-2021 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



0076286422A 1 8502700956

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JONH EIDER VASQUEZ TRILLO	C.C.	1,002,593,097	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 12:40:39 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 03 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: VASQUEZ | SEGUNDO APELLIDO: TRILLO | PRIMER NOMBRE: JOHN | SEGUNDO NOMBRE: EIDER

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1002593097
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO CALDAS | MUNICIPIO MANIZALES
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 20 | MES 08 | AÑO 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: SI [ ] NO [X]
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: ARL AXA COLPATRIA S.A
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3148229018
TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: CALLE 19 NÂ° 33-35 | # | -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO: CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO/ DISTRITO: MANIZALES
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
IPS
RESTO RURAL [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD NO AFILIADOS CUANDO NO SE TENGA EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (Código o Consecutivo que permanece del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. GRUPO	49. DES CAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DISCRETICIÓN POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: GRUPO MSG SAS
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901110859
Tel. fijo o celular: 3502147566
59. Dirección: CL 136 F 159 A 10 | # | -
CORREO ELECTRÓNICO: GRUPOMSG2019@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOGOTA D C
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA D C

D. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INGRESO CON EPS RETORNO AL PAIS Y RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) DESDE EL RÉGIMEN [ ]
B) DESDE EL RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: VASQUEZ | SEGUNDO APELLIDO: TRILLO | PRIMER NOMBRE: JOHN | SEGUNDO NOMBRE: EIDER
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1002593097
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 20 08 2003
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 03 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación 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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos a la creación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

John Eider Vasquez
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Eduardo Rojas
81. El empleador, aportante o Entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. [CN] [MI] [RC] [TI] [CC] [CE] [SC] [PA] [CD] [AS] [PT]
Cantidad [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de invalidez 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 declara la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 caso donde la persona de la misma dirección o el certificado de residencia de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la residencia 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 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016) [ ]
90. Certificación de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que señale la carencia de permisividad o el cese de la afiliación de oficio [ ]
Total Anexos [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CABRERA SALLA
CLAVE ASESOR: C1310
FECHA

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.808 9

CERTIFICA QUE:

JOHN EIDER VASQUEZ TRILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.593.097**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

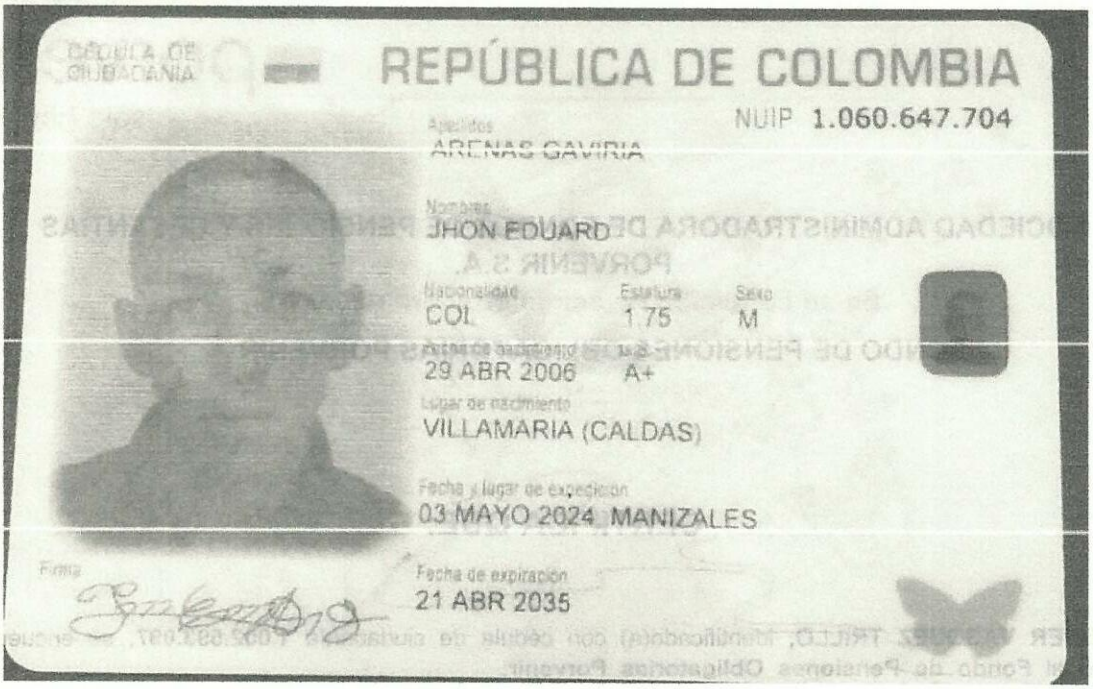
La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

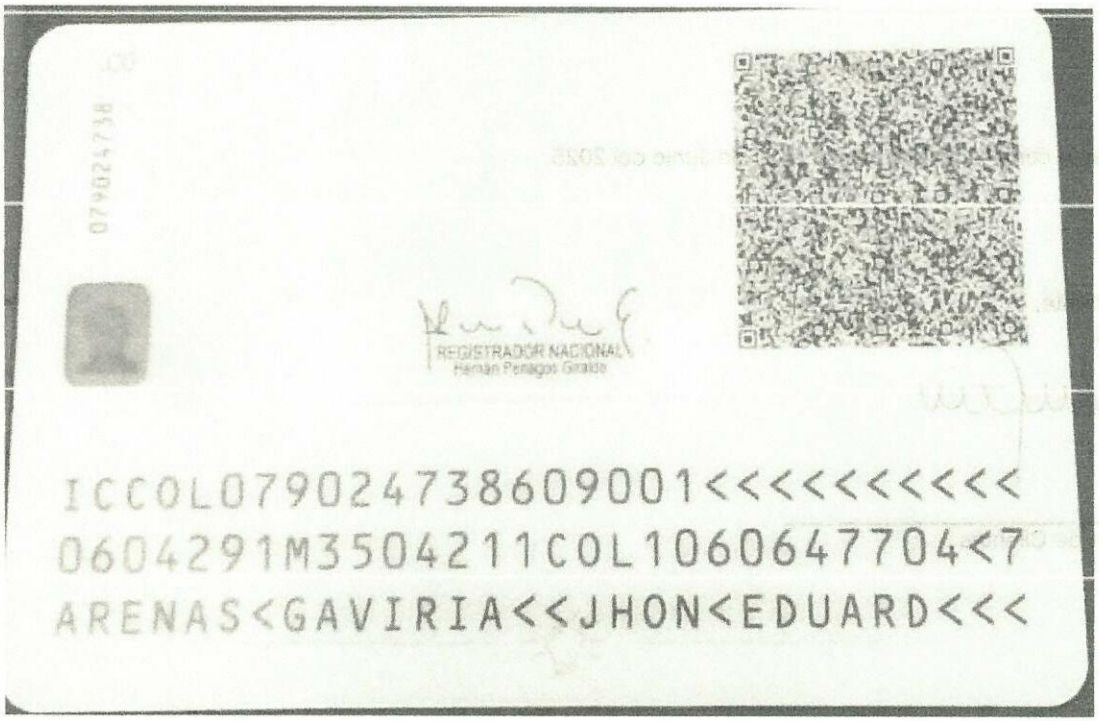
Cordialmente,

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.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.060.647.704
Apellidos
ARENAS GAVIRIA
Nombres
JHON EDUARD
Nacionalidad
COL
Estatura
1.75
Sexo
M
Fecha de nacimiento
29 ABR 2006
Lugar de nacimiento
VILLAMARIA (CALDAS)
Fecha y lugar de expedicion
03 MAYO 2024 MANIZALES
Firma
Fecha de expiracion
21 ABR 2035


REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0790247386090001<<<<<<<<<<<
0604291M3504211COL1060647704<7
ARENAS<GAVIRIA<<JHON<EDUARD<<<

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JHON EDUARD ARENAS GAVIRIA	C.C.	1,060,647,704	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 12:51:32 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 03 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual; a) Cotizante o cabeza de familia [X]; b) Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de Familia [ ]; C. Beneficiario [ ]; D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X]; B. Independiente [ ]; C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARENAS	GAVIRIA	JHON	EDUARD

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC = Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1060647704
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA; DEPARTAMENTO CALDAS; MUNICIPIO VILLAMARIA
15. FECHA NACIMIENTO: DIA 29 MES 04 AÑO 2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: SI [ ] NO [X]
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: ARL AXA COLPATRIA S.A
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3164843671
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CRA 33 CALLE 20 -01 # -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO/ DISTRITO: MANIZALES
LOCALIDAD/COMUNA: ATARDECERES
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ADULTOS DEL HOGAR - PADRES DE IDENTIFICACIÓN del beneficiario (cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS; DEPARTAMENTO; MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA; MES; AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PRIMER NOMBRE	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORIA DISCAPACIDAD	50. DESPLAZADO POR VIOLENCIA SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (LA INFORMA LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: GRUPO MSG SAS
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901110650
58. Tipo de aportante o pagador (lo determina la registra la EPS): 3502147560
59. Dirección: CL 136 F 150 A 10 # -
GRUPOMSG2019@GMAIL.COM
BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C.

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/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS Y RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRABAJO
A) TRABAJO REGIMEN [ ]
B) DEPENDIENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. TRASLADO DE LA CALIDAD DE HEMOFILICO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARENAS	GAVIRIA	JHON	EDUARD

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1060647704
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 29 04 2006
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 03 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. EJA: SE CONSIDERA PERSONA EN EXTRAEDAD SI PERSONAS DE 15 AÑOS O MAS QUE NO HAN TERMINADO LA PRIMARIA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de ocultamiento de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [X]
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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezcan contacto a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 será cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Jhon Eduard Arenas
81. El empleador, aportante o Entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Eduardo Rojas

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: [ ] Total [ ]
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 petición de la pareja peticionaria y el consentido de ellos 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. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en los casos donde se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CARRERA GALLA
CLAVE ASESOR: C1310
FECHA:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCION [ ]

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DIA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DIA	MES	AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.267.333

PEDRERO CEBALLOS

APELLIDOS

PEDRO NEL

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1963

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

18-MAR-1983 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00161252-M-0010267333-20090703 0013048187A 2 4520013423

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
PEDRO NEL PEDRERO CEBALLOS	C.C.	10,267,333	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 12:56:40 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Salud Total EPS

Bogotá, 21/06/2025

Señor(a)
PEDRO NEL PEDRERO CEBALLOS
C – 10267333

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014852278
Fecha Radicación: 06/09/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO MSG SAS N 901110550, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
PEDRO NEL PEDRERO CEBALLOS	C	11/08/1963	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 53 B 27 24 OF 503
Dirección Laboral: CL 53 B 27 24 OF 503
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/03/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MR ASESORIAS Y SERVICIOS SAS Código: M517, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

PEDRO NEL PEDRERO CEBALLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.267.333**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 94.279.844

Apellidos
AGUIRRE LOPEZ

Nombres
JOSE EDILSON

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 FEB 1969

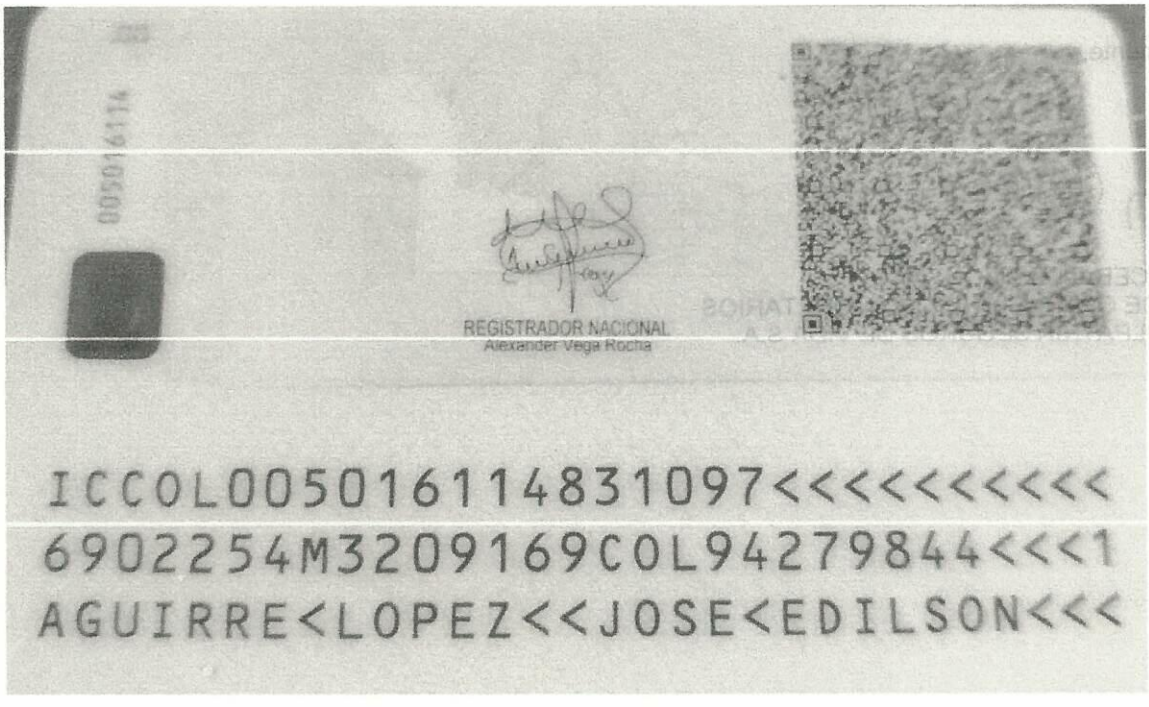
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SEVILLA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
28 JUL 1987, SEVILLA

Firma

Fecha de expiración
16 SEPT 2032


0050161174

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0050161148310 97<<<<<<<<<<<
6902254M3209169COL94279844<<<1
AGUIRRE<LOPEZ<<JOSE<EDILSON<<<

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ	C.C.	94,279,844	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 01:14:35 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 03 06 2025

790899786

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
AGUIRRE	LOPEZ	JOSE	EDILSON

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	94279844	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	SEVILLA	25 02 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad			19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
		Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL AXA COLPATRIA S.A	COLPENSIONES	$ 1.423.500	

26. Residencia — Dirección: CALLE 30 N° 24-23 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3122485446 — Correo Electrónico: CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CALDAS	MANIZALES	PALMAR	Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V3EU

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CL 136 F 159 A 10	3502147566

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
GRUPOMSG2019@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 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.
- [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. 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 del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	03062025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones 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.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Jose Edilson Aguirre	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 el que conste la calidad de beneficiario y se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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
	001	17	

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
			03062025	

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 03-06-2025	

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[X] NO
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?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X] NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	[X] NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	[X] NO

Jose Edilson Aguirre

Firma del Afiliado JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ

Documento de Identidad 94279844

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Jose Edilson Aguirre

Nombre: JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ

Identificación: 94279844

Fecha: 03-06-2025

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 **JOSE EDILSON AGUIRRE LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **94279844,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2011** 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 21 de junio de 2025.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16073766

RIVERA LOPEZ

APELLIDOS

LUIS ALVARO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1982

MANIZALES

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-ENE-2001 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0900100-35091262-M-0016073766-20010608 02581 01155B 01 107789780

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LUIS ALVARO RIVERA LOPEZ	C.C.	16,073,766	03/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 01:25:22 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Salud Total EPS

Bogotá, 21/06/2025

Señor(a)
LUIS ALVARO RIVERA LOPEZ
C – 16073766

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014852305
Fecha Radicación: 06/09/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO MSG SAS N 901110550, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
LUIS ALVARO RIVERA LOPEZ	C	11/29/1982	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: EPS SALUD TOTAL
Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 53 B 27 24 OF 503
Dirección Laboral: CL 53 B 27 24 OF 503
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/03/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MR ASESORIAS Y SERVICIOS SAS Código: M517, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

porvenir
sólo hay uno

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:

LUIS ALVARO RIVERA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.073.766**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

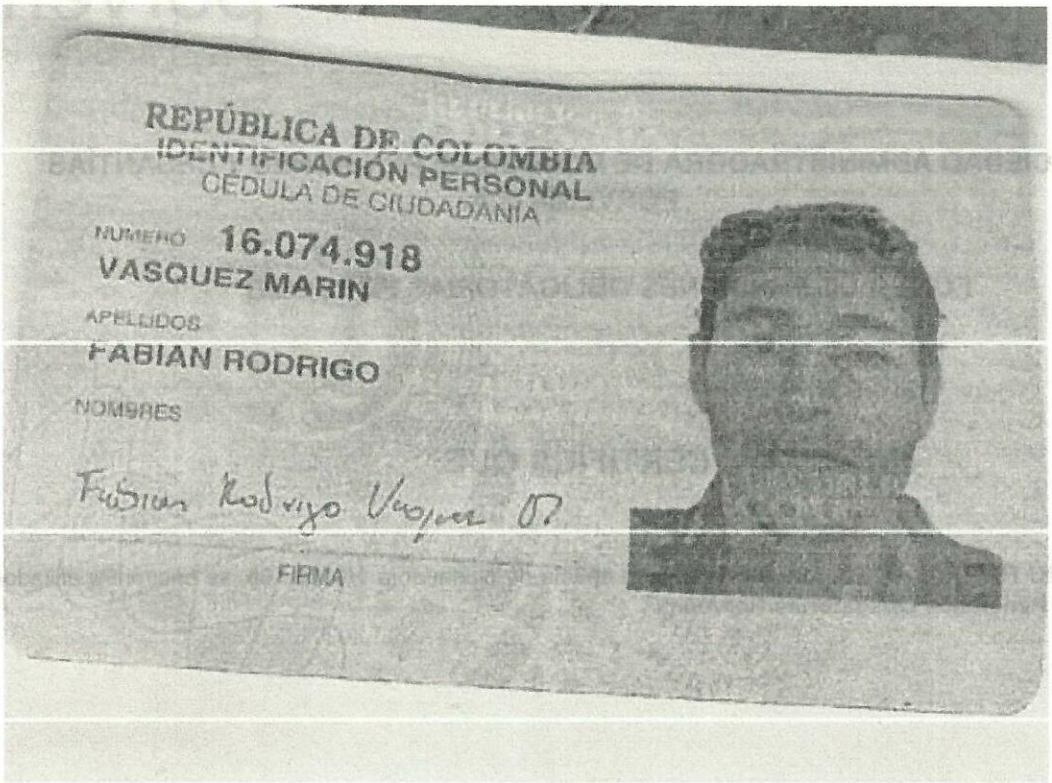
La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 16.074.918
VASQUEZ MARIN
APELLIDOS
FABIAN RODRIGO
NOMBRES

Fabian Rodrigo Vasquez M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1982
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

11-ABR-2001 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-3100150-01277867-M-0016074918-20220125 0077949373A 1 8503916436

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
FABIAN RODRIGO VASQUEZ MARIN	C.C.	16,074,918	04/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 01:35:45 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Salud Total EPS

Bogotá, 21/06/2025

Señor(a)
FABIAN RODRIGO VASQUEZ MARIN
C – 16074918

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014860508
Fecha Radicación: 06/04/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO MSG SAS N 901110550, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
FABIAN RODRIGO VASQUEZ MARIN	C	08/26/1982	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: EPS SALUD TOTAL
Posible inicio vigencia afiliación: 07/04/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 53 B 27 24 OF 503
Dirección Laboral: CL 53 B 27 24 OF 503
Fondo de Pensiones: 7
Administradora Riesgos Profesionales: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/04/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MR ASESORIAS Y SERVICIOS SAS Código: M517, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

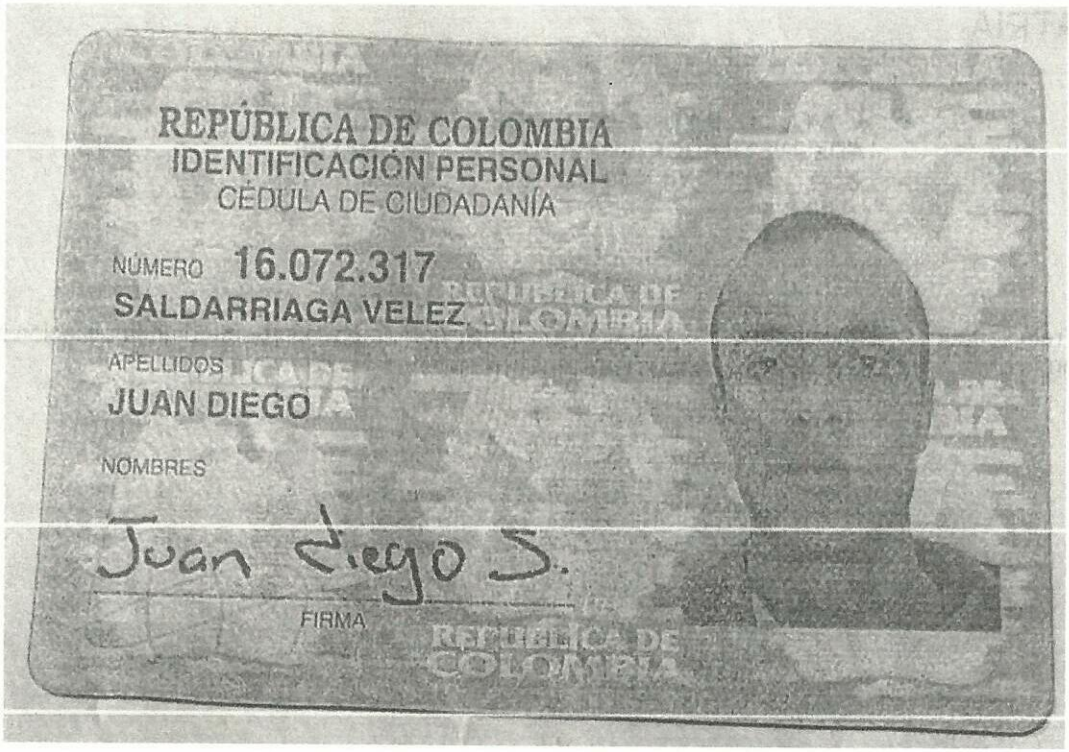
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIAN RODRIGO VASQUEZ MARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16074918,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de junio de 2025.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 16.072.317
SALDARRIAGA VELEZ

APELLIDOS
JUAN DIEGO

NOMBRES

Juan Diego S.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1982
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-SEP-2000 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

A-0900100-01112140-M-0016072317-20191118 0068979862A 1 8500028926

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JUAN DIEGO SALDARRIAGA VELEZ	C.C.	16,072,317	04/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 01:43:40 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Salud Total EPS

Bogotá, 21/06/2025

Señor(a)
JUAN DIEGO SALDARRIAGA VELEZ
C – 16072317

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014860531
Fecha Radicación: 06/09/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa GRUPO MSG SAS N 901110550, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JUAN DIEGO SALDARRIAGA VELEZ	C	05/21/1982	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: Salud Total S.A. E.P.S.
Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 53 B 27 24 OF 503
Dirección Laboral: CL 53 B 27 24 OF 503
Fondo de Pensiones: 3
Administradora Riesgos Profesionales: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/04/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MR ASESORIAS Y SERVICIOS SAS Código: M517, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.817.630

ALVARAN PAEZ

APELLIDOS

DANIEL ALEJANDRO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-2002

VILLAMARIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

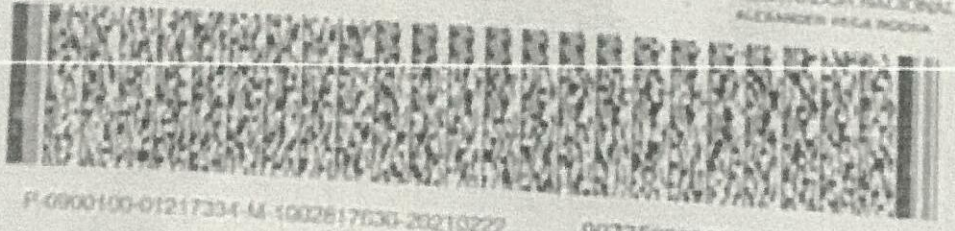
M
SEXO

12-FEB-2021 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO





I-0900100-01217334-M-1002817630-20210222 0073525034A 1

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
DANIEL ALEJANDRO ALVARAN PAEZ	C.C.	1,002,817,630	04/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 01:50:50 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9012081821

9012081821

No. de Radicación: 29368322

Fecha de Radicación: 04 06 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliado: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]

4. Tipo de cotizante: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ]

5. Tipo de beneficiario: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código de registro por la EPS

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

6. Apellidos y nombres							
	ALVARAN	PAEZ	DANIEL	ALEJANDRO			

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1002817630	Femenino [ ] Masculino [X]	18 12 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora del régimen anterior (AFP)
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S A

16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC	18. Residencia
	$1.423.500	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

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 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 del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino / Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición			Zona				
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
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		
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 de pensiones (a registrar por la EPS)	
GRUPO MSG SAS	NT	901110550		
39. Ubicación				
CLL 171 55 B 05	35088306		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 [X] 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 [X] 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					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				04	06 2025

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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de personas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
49. Declaración de la información 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 a del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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.
53. [illegible]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del representante, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] TI [ ] RC [ ] PA [ ] CE [ ] SC [ ] Cantidad [ ] 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 declare la unión marital.
59. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial ejecutoriada en firme, 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

porvenir
sólo hay uno

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:

DANIEL ALEJANDRO ALVARAN PAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.817.630**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



1.053.835.352

RODRIGUEZ FRANCO

LEANDRO

COL 1.70 M

25 JUN 1994 O+

MANIZALES (CALDAS)

27 JUN 2012, MANIZALES

28 OCT 2032

REGISTRADOR NACIONAL

IDCOL0058381474090011<<<<<<<<<<<
9406258M3210064COL1053835352<7
RODRIGUEZ<FRANCO<<LEANDRO<<<<<

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LEANDRO DIEGO RODRIGUEZ FRANCO	C.C.	1,053,835,352	04/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 21 de junio de 2025 a las 02:03:12 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

EPS

ANA CAROLINA GONZALEZ RODRIGUEZ

Su última visita fue el 2025/06/20 12:54:05 PM
Dirección IP: 190.69.60.212, 192.230.104.7, 172.16.42.57

Empleadores

Regresar

Afiliados cotizantes general

Identificación empresa NI 901110550 **Nombre empresa** GRUPO MSG SAS

Identificación afiliado	Nombre	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia	Periodo inicio obligación pagos
CC 1053835352	LEANDRO RODRIGUEZ FRANCO	04/07/2025	VIGENTE	07/2025

Total afiliados 1
Fecha de proceso 21/06/2025 14:12:43

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.909 9

CERTIFICA QUE:

LEANDRO RODRIGUEZ FRANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.835.352**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

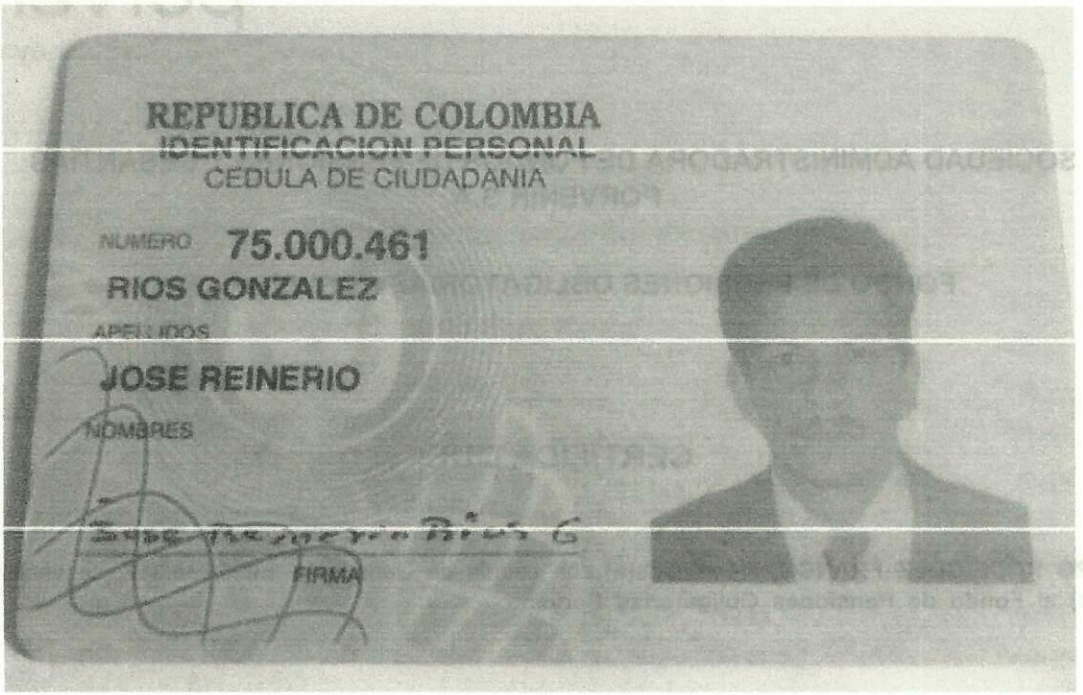
La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.000.461

RIOS GONZALEZ

APELLIDOS

JOSE REINERIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1962

MARQUETALIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-ABR-1981 MARQUETALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0500100-00117622-M-0075000461-20081030 0005000100A 1 2545625B

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	75000461
Nombre:	JOSE REINERIO RIOS GONZALEZ
Fecha Ingreso:	24/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	23/06/2025 09:45:00 p. m.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.863.603**

LOAIZA DIAZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES



Andres Felipe Loaiza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1998**

MANIZALES

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-MAY-2016 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0900100-00825053-M-1053863603-20160512 **0049**734498A 1 45720152

AXA COLPATRIA

ACTUALIZACION DE EMPLEADOS

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT

Número de documento: 901110550

Número Afiliación: 9005942

Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA

Número de documento: 1053863603

Fecha hora transacción: 24/06/2025 07:16:32 p. m.

DATOS ACTUALIZADOS:

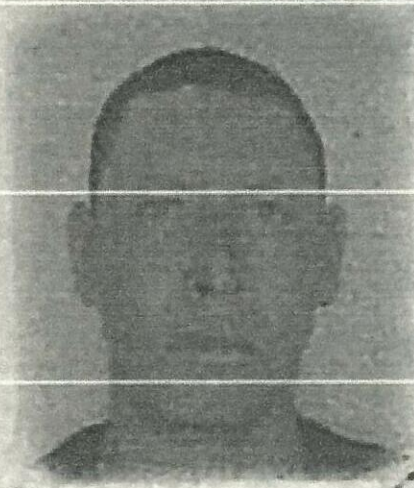
NOMBRE: ANDRES FELIPE LOAIZA DIAZ

PROTECCION DE DATOS: NO AUTORIZADO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.035.580.290



DUQUE OSORNO

JHON JAVIER

COL 1.78 M

04 OCT 1986 O+

PEQUE (ANTIOQUIA)

22 NOV 2004, PEQUE

05 MAYO 2035

Firma

059968922

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059968922401199<<<<<<<<<<<
8610049M3505056COL1035580290<5
DUQUE<OSORNO<<JHON<JAVIER<<<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1035580290
Nombre:	JHON JAVIER DUQUE OSORNO
Fecha Ingreso:	25/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/06/2025 06:41:18 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.777.807

BENAVIDES CAMACHO

APELLIDOS

VICTOR ALFONSO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1987

GUAYABAL DE SIQUIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

30-JUN-2005 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

A-0900100-00891817-M-1053777807-20170328

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053777807
Nombre:	VICTOR ALFONSO BENAVIDES CAMACHO
Fecha Ingreso:	25/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/06/2025 06:47:08 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO 1.053.857.634
GONZALEZ CUESTAS

APELLIDOS
EDWAR FRESLEY

NOMBRES

FIRMA



31-MAY-1997
FECHA DE NACIMIENTO

CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

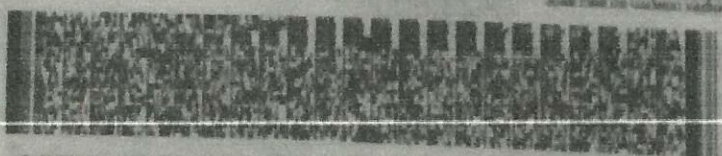
1.74
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

18-JUN-2015 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



A-0900100-00983741-M-1053857634-20171226 0058961424 3 4784724485

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053857634
Nombre:	EDWAR FRESLEY GONZALEZ CUESTAS
Fecha Ingreso:	25/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/06/2025 06:58:54 p. m.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.069.257.624

NUMERO

MORA CHAVES

APELLIDOS

HECTOR ENRIQUE

NOMBRES

Hector Enrique Mora Chaves

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1987**

CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-OCT-2005 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1506400-39143702-M-1069257624-20051209 **06229**05341B 02 158416392

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005942 correspondiente a la empresa Grupo Msg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
HECTOR ENRIQUE MORA CHAVES	C.C.	1,069,257,624	11/06/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 30 de junio de 2025 a las 03:06:56 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

porvenir
sólo hay uno

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:

HECTOR ENRIQUE MORA CHAVES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.257.624**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.053.869.667**

CASTAÑEDA VARGAS

APELLIDOS

MARIA LUISA

NOMBRES



María Luisa Castañeda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1999**

MANIZALES

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ABR-2017 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0900100-00900115-F-1053869667-20170425 **0055**118829A 1 47105924

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053869667
Nombre:	MARIA LUISA CASTAÑEDA VARGAS
Fecha Ingreso:	10/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	09/06/2025 11:30:17 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

MICHAEL CASTAÑEDA RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.652.964**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.013.682.824
ARISTIZABAL GALLEGO

NOMBRES
MATEO

Mateo Aristizabal
FIRMA





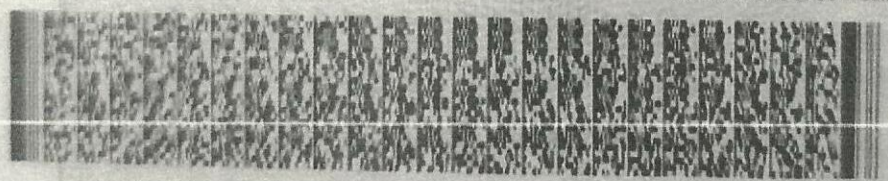
FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01066552-M-1013682824-20190312 0064859085A 1 9907565859

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6548370

COL

LEAL ARANGUIBEL
APELLIDOS
RAFAEL ALEJANDRO
NOMBRES
VEN M
NACIONALIDAD SEXO
12552475
DNI Nro.
13-03-1974
FECHA DE NACIMIENTO
26-10-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Rafael Leal
FIRMA

E2234418

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6548370<<3<<<<<<<<<<<<<<<
7403138M3105308VENE2234418<<<2
LEAL<ARANGUIBEL<<RAFAEL<ALEJAN

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento 6548370
Nombre: RAFAEL ALEJANDRO LEAL ARANGUIBEL
Fecha Ingreso: 01/07/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 30/06/2025 05:54:24 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.821.500**
VALBUENA ALVAREZ
APELLIDOS
HECTOR LEONARDO
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1992**
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
B- G.S. RH
M SEXO
30-SEP-2010 **MANIZALES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0900100-01061811-M-1053821500-20190709 0056135505A 1 9903062784

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053821500
Nombre:	HECTOR LEONARDO VALBUENA ALVAREZ
Fecha Ingreso:	01/07/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	30/06/2025 05:59:39 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

HECTOR LEONARDO VALBUENA ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.821.500**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

75075340

NUMERO

BURITIÇA

APELLIDOS

JAVIER

NOMBRES

Javier Buritica Cardenal

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

24-OCT-1973

FECHA DE NACIMIENTO

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-DIC-1992 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0900100-35082352-M-0075075340-20000811 **07099** 00223A 02 083404790

Escaneado con CamScanner

JAVIER BURITICA CANDAMIL

Ayudante de Obra/Construcción

3215759522 - 3145481907
Calle 100B #35A-40 La Enea

Sobre mí

Me destaco por mi capacidad para trabajar en equipo, seguir instrucciones detalladas y mantener un entorno de trabajo seguro y organizado.

Educación

5° Primaria
Escuela Marulanda Correa
1988

Bachiller Academico
Instituto Manizales
1993

Habilidades

-Manejo de Herramientas
-Trabajo en Equipo-
-Organización y Gestión de Materiales
-Mantenimiento de Equipos
-Cumplimiento de Normas de Seguridad
-Carga y Descarga de Materiales
-Preparación del Sitio
-Medición y Corte de Materiales
Apoyo en Tareas de Albañilería

Experiencia

Construcción de Bahías y Sardineles
Manizales - Caldas
2024

- Limpieza y nivelación del área de trabajo.
- Marcado de las áreas donde se construirán las bahías y sardineles.

Construcción Laboratorios SENA Manizales - Caldas
2018

- Levantamiento de muros y estructuras principales utilizando ladrillos y bloques.
- Instalación de columnas y vigas de soporte.

Construcción Remodelación Capilla San Pio X
Manizales - Caldas
2017

- Reparación y refuerzo de los muros de tapia pisada.
- Restauración de la cubierta y el cielorraso de la capilla
- Protección de las estructuras originales de tapia pisada y madera

Construcción Supermercado ARA
Manizales - Caldas
2015

- Realización de excavaciones para la cimentación del supermercado.
- Colocación de encofrados y vertido de concreto para la cimentación.

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 75075340
Nombre: JAVIER BURITICA
Fecha Ingreso: 01/07/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 30/06/2025 06:10:01 p. m.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.594.805**

VARGAS SANCHEZ

APELLIDOS

FREDY

NOMBRES



Fecha Vargas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-1958**

TRUJILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

30-AGO-1976 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00202772-M-0016594805-20091210 0018898497A 1 29601655

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 16594805
Nombre: FREDY VARGAS SANCHEZ
Fecha Ingreso: 01/07/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 30/06/2025 06:19:55 p. m.

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 **FREDY VARGAS SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16594805,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/1996** 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 30 de junio de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.046.143

OCAMPO QUINTERO

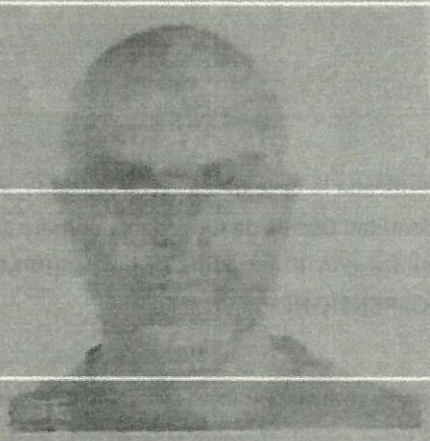
APELLIDOS

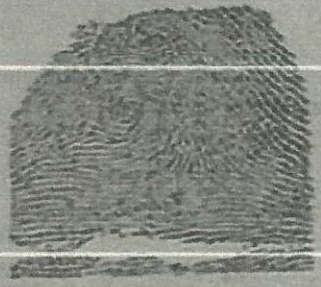
RUBEN DARIO

NOMBRES

Ruben Darío Ocampo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1965

AGUADAS

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

02-SEP-1983 AGUADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0000400-35180232-M-0075046143-20071030

0001307303N 02 225781310

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_5878591

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901110550 GRUPO MSG SAS
Afiliado	CC 75046143 RUBEN DARIO OCAMPO QUINTERO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 171 55 B-05
Fecha de ingreso	09/06/2025
Fecha de radicación	21/06/2025 04:28:32 p.m.
Código de Transacción	199905203
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 07/2025

Fecha de generación 21/06/2025

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 75046143
Nombre: RUBEN DARIO OCAMPO QUINTERO
Fecha Ingreso: 09/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 07/06/2025 11:56:04 a. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

RUBEN DARIO OCAMPO QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **75.046.143**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.901.426

MARTINEZ SOTO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David M

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1998

VILLAMARIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

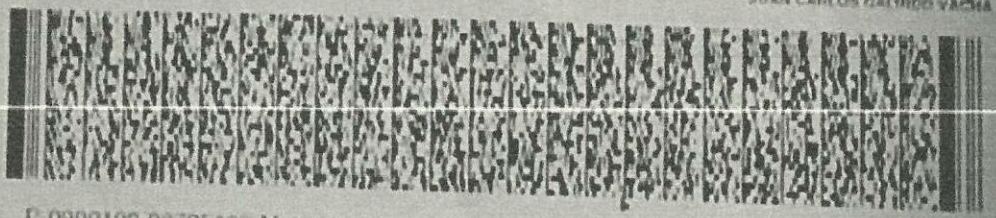
O+
G.S. RH

M
SEXO

21-ENE-2016 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P:0900100-00785125-M-1002901426-20160202 0048167284A 1 44731600

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1002901426
Nombre:	JUAN DAVID MARTINEZ SOTO
Fecha Ingreso:	09/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/06/2025 12:01:19 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014972866	18|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐

Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐

3. Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario según el caso)

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: MARTINEZ	Segundo apellido: SOTO	Primer nombre: JUAN	Segundo nombre: DAVID

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1002901426	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			03|01|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐ No ☒	Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		14235000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
VRD ALTO CORINTO CA 115		3116099976	ANDRESFELIPE235654@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES	b/	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razon social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
Dirección: CL 53 B 27 24 OF 503	Teléfono fijo o celular: 6960215	Correo electronico: ISOSTATICASAS@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio-distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4014972866

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS
  Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripcion EPS retorno al pais
- ☐ 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	11/03/2020	☐	

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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones lo 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje 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, segun 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 documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio
Juan David	Yoleny

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentancia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

JUAN DAVID MARTINEZ SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.901.426**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 6.513.016
DUQUE AGUIRRE

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES
Nicolas Duque

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1963
ARGELIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-JUL-1981 TRUJILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0003400-00853084-M-0006513016-20161004 0051618314A 1 45720770

porvenir
sólo hay uno

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:

NICOLAS DUQUE AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **6.513.016**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón sociai:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	6513016
Nombre:	NICOLAS DUQUE AGUIRRE
Fecha Ingreso:	09/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/06/2025 12:08:01 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

NICOLAS DUQUE AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **6.513.016**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

~~22 Mayo~~ 10:00am
~~Revisión~~

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.788.943

JURADO TRUJILLO
APELLIDOS

JHONATAN ALEJANDRO
NOMBRES

Jonathan Jurado
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1988
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-SEP-2006 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00678495-M-1053788943-20150316 0043584603A 1 4783313128

Carga 31 Mz 2-46
Porvenir Pensiones
Salud Nueva EPS
3234378259
Ayudante

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 830.158.264-2

C1310

FECHA DE RADICACION: 11 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACION: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE APILADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JURADO	TRUJILLO	JHONATAN	ALEJANDRO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
CC - Cédula de Ciudadanía	1053788943	M	Cual?	COLOMBIANO	COLOMBIA / CALDAS / MANIZALES	14 09 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					ARL AXA COLPATRIA S.A

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.423.500			3234378259	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CRA 31 NÂ° 12-46 # -		CONSTRUJEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM	CALDAS

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MANIZALES	EL BOSQUE	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos de identificación del cotizante (cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante))

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
			Cual?		PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DIA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario			44. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	45. DISCAPACIDAD		46. DISCAPACIDAD	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN?		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN		49. GES	CAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia		ZONA		
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD		SI	NO		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VINCULADO A LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. ORIGEN DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante a registrar (a diligenciar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901110850	3502147566	

59. Dirección		CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
CL 136 F 159 A 10 # -		GRUPOMSG2018@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

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/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. RETIRO CON EPS POR RETORNO AL PAES Y RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JURADO	TRUJILLO	JHONATAN	ALEJANDRO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
CC - Cédula de Ciudadanía	1053788943	X	Cual?	14 09 1988		09 06 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [X]
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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliado adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Jhonajan Alejandro Jurado	Valery Vanegas
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: TI [ ] RC [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 cesación de efectos civiles de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o de otra autoridad competente de custodia. [ ]
88. Documento en el cual conste la petición de la parte afectada o el certificado de ocupación de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ocupación 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 2.1.7.2 del Decreto 780 de 2016). [ ]
90. Certificación de afiliación a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que consta la calidad de beneficiario o de retiro la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CABRERA BALLA
CLAVE ASESOR: C1310
FECHA

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	97. FECHA DE VALIDACIÓN
			DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053788943
Nombre:	JHONATAN ALEJANDRO JURADO TRUJILLO
Fecha Ingreso:	09/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/06/2025 12:18:05 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

JHONATAN ALEJANDRO JURADO TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.788.943**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.230.100**
AGUIRRE GOMEZ

APELLIDOS
JOSE LIBARDO

NOMBRES

José Libardo Aguirre G

FIRMA



Salud
Nueva E.P.S.

K 31 - 12 - 46
Barrio El Bosque

cel. 3117526795
Oficial



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1954**
MANZANARES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

24-SEP-1975 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00086223-M-0010230100-20081001 0003952907A 1 4460001716

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 830.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 11 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUIRRE	GOMEZ	JOSE	LIBARDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	10230100	M [X]	M [X] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	15. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
COLOMBIANO	COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES	08	08	1954

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					ARL AXA COLPATRIA S.A

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PROTECCION	$ 1.423.500			3117526795	

DIRECCIÓN	#	-	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CRA 31 NÂ° 12- 46				CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM	CALDAS

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	UPS
MANIZALES	EL BOSQUE	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. ¿ES CAPACIDAD PERMANENTE? SI	NO	50. ¿ES CAPACIDAD TEMPORAL? SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I II III IV V										
02							I II III IV V										
03							I II III IV V										
04							I II III IV V										
05							I II III IV V										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. UPS DE LA IPS DEL AFILIADO (OPCIONAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o Régimen de pensionado (a regular por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901110550	3502147586	

59. Dirección	#	-	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
CL 136 F 159 A 10			GRUPOMSG2015@GMAIL.COM	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

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/O 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 [ ]
8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS HISTÓRICO AL PAÍS Y RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO a) DESDE OTRO RÉGIMEN [ ] b) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUIRRE	GOMEZ	JOSE	LIBARDO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	10230100	M [X]	M [X] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA	MES	AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADA DE PENSIONES
08	08	1954		08	08	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación 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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorizo para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso al estar registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jose Libardo Aguirre	Valery Vanegas

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]
83. Copia del dictamen de capacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o de acta administrativa de custodia.
88. Documento en que conste la petición de la pensión post-mortal o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 encontrarse a una entidad autorizada para realizar afilia- [illegible]
91. Copia del acta administrativa o documento en los que conste la calidad de desplazado o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos: [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CARRERA MALLA
CLAVE ASESOR: C1310
FECHA: _____

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA	MES	AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón sociai: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 10230100
Nombre: JOSE LIBARDO AGUIRRE GOMEZ
Fecha Ingreso: 09/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 07/06/2025 12:22:59 p. m.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JOSE LIBARDO AGUIRRE GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.230.100**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

10.261.803

NUMERO

CASTAÑEDA

APELLIDOS

ANGEL JOSE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1963

MEDELLIN

(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

15-SEP-1981 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ REKEIFO LOPEZ

A-0900100-35139261-M-0010261803-20060104 07053 00003A 02 181953332

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 830.158.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACION: 11 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACION: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CODIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTAÑEDA		ANGEL	JOSE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLOGICO	12. SEXO IDENTIFICACION
CC - Cédula de Ciudadanía	10261803	F [ ] M [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIA	MES	AÑO
COLOMBIANO	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLIN	06	07	1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					ARL AXA COLPATRIA S.A

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.423.500			3206184229	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CRA 39 C NÂ° 55-12 # -		CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.	CAMILO TORRES	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos de identificación del cotizante o cabeza de familia y beneficiarios)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLOGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPARTAMENTO	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DIA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario			44. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	45. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	45. TIENE ENCUESTA SISBEN? NO	46. CLASIFICACIÓN SISBEN		47. GRUPO DE CAPACIDAD PAGO		48. DIS CAPACIDAD SI	48. DIS CAPACIDAD NO	49. DISCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
	43. PRIMEROS	44. EVIAS	45. CONSONAS				NIVEL	GRUPO	SI	NO									
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VIA DE US LA EPS (NO. AFILIADO ANTERIOR)	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. ESTADO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901110550	3502147566	

59. Dirección		CORREO ELECTRONICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
CL 136 F 159 A 10	# -	GRUPOMSG2019@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INGRESO CON EPS RETORNO AL PAIS \ RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTAÑEDA		ANGEL	JOSE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLOGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	10261803	F [ ] M [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DIA 06 MES 07 AÑO 1963		DIA 06 MES 06 AÑO 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria*

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Angel Jose Castañeda	Valery Vanegas

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PA [ ] PT [ ]
Cantidad: Total

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 cesación de efectos civiles del matrimonio o de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o de auto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la petición de la parte cotizante o el certificado de relaciones de los padres o la declaración suscrita por el solicitante 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 encuentros o una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CABRERA SILLA
CLAVE ASESOR: C1212
FECHA:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: [ ] Código del departamento: [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DIA MES AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DIA MES AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón sociai: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 10261803
Nombre: ANGEL JOSE CASTAÑEDA
Fecha Ingreso: 09/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 07/06/2025 12:27:22 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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:

ANGEL JOSE CASTAÑEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.261.803**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.907.378
SUAREZ LOPEZ
APELLIDOS
LUIS EVELIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1963
CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-MAY-1985 CHINCHINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00155672-M-0015907378-20090505 0011254893A 1 30681449

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 11 06 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO SUAREZ — SEGUNDO APELLIDO LOPEZ — PRIMER NOMBRE LUIS — SEGUNDO NOMBRE EVELIO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cedula de Ciudadania
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15907378
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA — CALDAS — CHINCHINA
15. FECHA NACIMIENTO: 15 12 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: ARL AXA COLPATRIA S.A
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR: 3007397777 — TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: CASA 47A # —
COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO: CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO/ DISTRITO: MANIZALES
LOCALIDAD/COMUNA: GUACAS
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO F M
31. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O DEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: GRUPO MSG SAS
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901110550
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3502147566
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
59. Dirección: CL 136 F 150 A 10 # —
CORREO ELECTRÓNICO: GRUPOMSG2019@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.
MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA D.C.

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/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SUAREZ — SEGUNDO APELLIDO LOPEZ — PRIMER NOMBRE LUIS — SEGUNDO NOMBRE EVELIO
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15907378
62. SEXO BIOLÓGICO: X
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: X Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 15 12 1963
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 09 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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. [X]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Luis Evelio Suarez
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Valery Vanegas
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE DC PA CD AS PT
Cantidad — Total
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE DIEGO CABRERA SALLA
CLAVE ASESOR C1310
FECHA

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio — Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO
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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

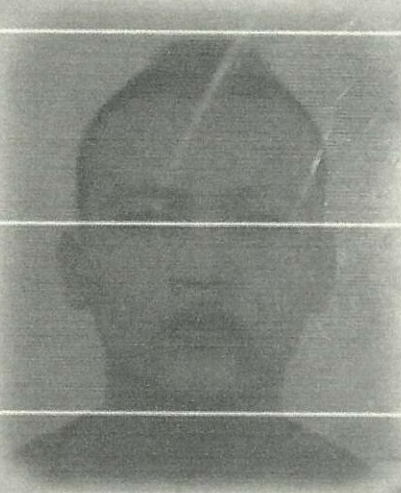
Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 15907378
Nombre: LUIS EVELIO SUAREZ LOPEZ
Fecha Ingreso: 09/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 07/06/2025 12:33:46 p. m.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
DIAZ TORO

NUIP 1.056.123.455

Nombres
SERGIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
03 SEPT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
05 SEPT 2024, MANIZALES

Firma
Sergio

Fecha de expiración
06 SEPT 2034

0543409963

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

I<COL0543409636090 01<<<<<<<<<<<
0609034M3409062COL1056123455<6
DIAZ<TORO<<SERGIO<<<<<<<<<<<<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901110550
Número Afiliación: 9005942
Razón social: GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1056123455
Nombre: SERGIO DIAZ TORO
Fecha Ingreso: 09/06/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 3
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 07/06/2025 12:40:20 p. m.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1991**

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-OCT-2009 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0900100-00838784-M-1053813714-20160703 0050353709A 1 4733971376

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.053.813.714**

VILLA MENESES

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner

Juan Carlos villa

Tel 3155273237-3137487813

Diré cra35A64-21 Fatima Kennedy

Arl protección

Eps salud total

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014875136	0|7|0|6|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
VILLA (Primer apellido)	MENESES (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación
CC	1053813714	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			2|1|0|6|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐ No ☒	Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
Si ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 7K 54 25		3155273237	

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	MANIZALES		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59.Ubicación				
CL 53 B 27 24 OF 503 (Dirección)	6960215 (Teléfono fijo o celular)	ISOSTATICASAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014875136

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 la relación laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|9|0|6|2|0|2|5	☐	

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 Contributvo,Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que pair 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 Decr eto 1377 de 2013

76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje 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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminacion de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

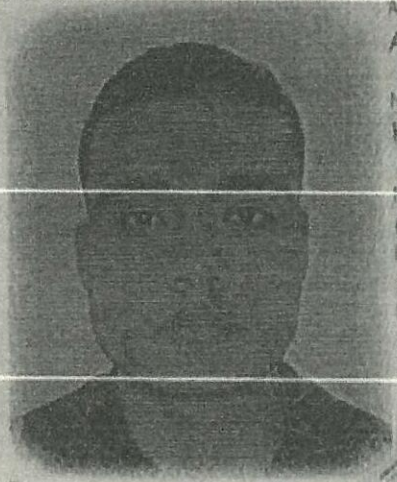
DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053813714
Nombre:	JUAN CARLOS VILLA MENESES
Fecha Ingreso:	09/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/06/2025 12:45:46 p. m.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.053.781.621



Apellidos
ARENAS TORRES

Nombres
KEVIN LEANDRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	M

Fecha de nacimiento
15 NOV 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2023, MANIZALES

Firma
Kevin Arenas

Fecha de expiración
16 NOV 2033

.CO

033847421

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033847421209001<<<<<<<<<<<
0511151M3311167COL10537816216
ARENAS<TORRES<<KEVIN<LEANDRO<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901110550
Número Afiliación:	9005942
Razón social:	GRUPO MSG SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053781621
Nombre:	KEVIN LEANDRO ARENAS TORRES
Fecha Ingreso:	09/06/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	3
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/06/2025 12:51:47 p. m.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 830.251.640-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 11 06 2025

790904652

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si — No X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código: (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ARENAS	TORRES	KEVIN	LEANDRO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	1053781621	Femenino — Masculino X	F — M X — T — NB — Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES	15 11 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si — No		Si — No	Nivel — Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL AXA COLPATRIA S.A	PROTECCION	$ 1.423.500	

26. Residencia — Dirección: CASA 47A — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3003760927	CONSTRUEQUIPOSCALDAS@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CALDAS	MANIZALES	GUACAS	Cabecera Municipal X — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro		

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de nacimiento

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A130

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO MSG SAS	NIT	901110550	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CL 136 F 159 A 10	3502147566

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
GRUPOMSG2019@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 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.
- [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. 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 del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	0 9 0 6 2 0 2 5	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones 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.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Kevin Leandro Arenas	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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

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
	001	17	

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			1 1 0 6 2 0 2 5	D D M M A A A A

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 11-06-2025	

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado KEVIN LEANDRO ARENAS TORRES

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[X] NO
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?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X] NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	[X] NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	[X] NO

Kevin Leandro Arenas

Firma del Afiliado KEVIN LEANDRO ARENAS TORRES

Documento de Identidad 1053781621

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

KEVIN LEANDRO ARENAS TORRES, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Kevin Leandro Arenas

Nombre: KEVIN LEANDRO ARENAS TORRES

Identificación: 1053781621

Fecha: 11-06-2025

NOMBRE	FECHA DE INGRESO LABORAL	ARL	EXAMENES MEDICOS	CC	DOC NUBE	OBSERVACIONES
Kevin Leandro Arenas	09/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Nicolás Duque Aguirre	09/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Rubén Dario Ocampo	09/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Michael Castañeda	10/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Angel Jose Castañeda	09/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Daniel Alejandro Alvaran	04/06/2025	x	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Saúl Calderón	03/06/2025	X		X	FALTA EXAMEN	ACTIVO
Jose Libardo Aguirre	09/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Jhon Eider Vásquez	03/06/2025	X	X	X	COMPLETO	
Jhon Eduard Arenas	03/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Fabián Rodrigo Vásquez	04/06/2025	X		X	FALTA EXAMEN	
Juan Diego Saldarriaga	04/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Jorge Andrés Arango	18/06/2025	X		X	FALTA EXAMEN	ACTIVO
Carlos Alberto Castrillón	17/06/2025	X		X	FALTAN EXAMENES	ACTIVO
Fabian Patiño	17/06/2025	X		X	FALTAN EXAMENES	ACTIVO
Alvis Luis Cantero	17/06/2025	X		X	FALTAN EXAMENES	ACTIVO
Juan Diego Giraldo Naranjo	17/06/2025	X		X	FALTAN EXAMENES	ACTIVO
Jose Albeiro Gómez Nieto	11/06/2025	X		X	FALTAN EXAMENES	ACTIVO
Héctor Mora	11/06/2025	X	X	X	COMPLETO	ACTIVO
Leandro Rodriguez Franco	25/06/2025	X				ACTIVO
Maria Luisa Castañeca Vargas	10/06/2025	X				ACTIVO
Jhon Javier Duque Osorno	25/06/2025	X				ACTIVO
Andres Felipe Giraldo Llano	24/06/2025	X				ACTIVO
Jose Reinerio Rios Gonzales	24/06/2025	X				ACTIVO
Edwar Fresley Gonzalez Cuestas	25/06/2025	X				ACTIVO
			ADMINISTRATIVOS			
Humberto Carmona		X				
Juan Fernando Arias		X				
Pablo Arturo Romero		X				
Clemencia Ortiz		X				

David Castaño	X	
Sandra Marquez	X	

PERSONAL RETIRADO

NOMBRE	FECHA DE INGRESO LABORAL	FECHA RETIRO	ARL	OBSERVACIONES
Juan David Martinez	09/06/2025	15/06/2025	X	
Jose Edilson Aguirre	03/06/2025	15/06/2025	x	
Leandro Rodriguez Franco	04/06/2025	15/06/2025		REINGRESO 25/06/2025
Jhonatan Alejandro Jurado	09/06/2025	18/06/2025		
Jhon Jairo Pineda	17/06/2025	20/06/2025	X	
Jose Aldemar Arango	17/06/2025	20/06/2025	X	
Jorge Luis Murcia	17/06/2025	20/06/2025	X	
Jhonatan Alejandro Jurado	09/06/2025	18/06/2025	X	
Gustavo Adolfo Castrillon	17/06/2025	24/06/2025	X	
José Albeiro Rivera Marin	18/06/2025	24/06/2025	X	
Luis Alvaro Rivera	03/06/2025	29/06/2025		
Pedro Nel Pedreros	03/06/2025	29/06/2025		
Jorge Eliecer Pedreros	03/06/2025	29/06/2025		
José Albeiro Rivera Marin	18/06/2025	24/06/2025		
Aldemar González Torres	17/06/2025	20/06/2025		
Luiz Gonzaga Martinez Ocampo	03/06/2025	03/06/2025		
Juan Manuel Osorno Villa	04/06/2025	04/06/2025		
Andres Felipe Hernandez Henao	04/06/2025	04/06/2025		
William Valencia Gallego	18/06/2025	NO ASISTIÓ	X	REINGRESO 25/06/2025
William Valencia Gallego	25/06/2025	25/06/2025		
Luis Evelio Suarez	09/06/2025	NO ASISTIÓ	X	ANULAR AFILIACION
Sergio Diaz Toro	09/06/2025	NO ASISTIÓ	X	ANULAR AFILIACION
Juan Carlos Villa	09/06/2025	NO ASISTIÓ	X	ANULAR AFILIACION
Mateo aristizabal	11/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACION
Michael Stiven Loaiza	11/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACION
Hoover Montes	11/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACION

Alejandro Acevedo Rodriguez	18/06/2025	NO ASISTIÓ	X	ANULAR AFILIACION
Andres Felipe Giraldo Llano	17/06/2025	NO ASISTIÓ		REINGRESO 24/06/2025
Andres Felipe Loaiza	24/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACIÓN
Antonio Reinel Pedreros Ceballos	25/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACIÓN
Victor Alfonso Benavides	25/06/2025	NO ASISTIÓ		ANULAR AFILIACIÓN