SERVICIVIL SAS
NIT 800.147.909-3
DIAGONAL 62 No 43-151
Tel: (037) 6102194
Barrancabermeja - Colombia
SERVICIVIL_LTDA@HOTMAIL.COM

Factura electrónica de venta
No. FEVS 249

Señores	INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL		
NIT	890.270.004-6	**Teléfono**	(000) 3227634702 - Ext. 000
Dirección	CR 28 53 08 BRR GALAN	**Ciudad**	Barrancabermeja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	27/08/2025, 08:20
Expedición	27/08/2025, 08:20
Vencimiento	05/09/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto
1	ACTA PARCIAL No. 1 CONTRATO DE OBRA No. 030 DE 2025 CUYO OBJETO ES ADECUACIÓN, MANTENIMIENTO, LIMPIEZA DE TECHOS Y REPARACIÓN DE GOTERAS, LIMPIEZA DE CANALETAS AÉREAS Y TERRESTRES DE LA SEDE PRINCIPAL Y SIETE SEDES ANEXAS, IMPERMEABILIZACIÓN DE LA PLACA DE LOS BAÑOS DE SEDE PROVIVIENDA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL DE BARRANCABERMEJA	1.00	17,511,057.00	17,511,057.00
2	ADMINISTRACIÓN 28%	1.00	4,903,095.96	4,903,095.96
3	IMPREVISTO 1%	1.00	175,110.57	175,110.57
4	UTILIDAD 4%	1.00	700,442.28	700,442.28

Total items: 4

Total Bruto	23,289,705.81
IVA 19%	133,084.03
Total a Pagar	23,422,789.84

Valor en Letras:
Veintitres millones cuatrocientos veintidos mil setecientos ochenta y nueve pesos m/cte con ochenta y cuatro cent.

Forma de pago:
Crédito

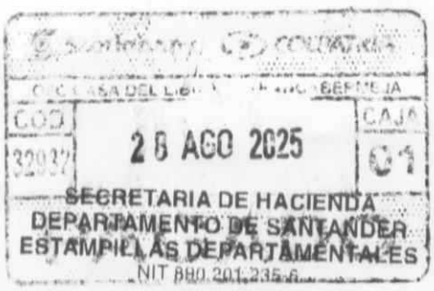
Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-09-05 por $ 23,422,789.84

Observaciones:
FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 306-000071-12 A NOMBRE DE SERVICIVIL S.A.S. NIT. 800.147.909-3, DEL BANCO BANCOLOMBIA

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764085288713 aprobado en 20241213 prefijo FEVS desde el número 223 al 500 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4390 Otras actividades especializadas para la construcción de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 6xMIL
CUFE: 05ee147a4ced1e35d1a64aa78a7c0b24f0241e8bec94ff0433ba79012411bfe4ebd8864b2540e63574c70d981b93927a

Tú
Hoy a la(s) 9:04 a. m.



Recibo de recaudo No: 2502500550185

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 8001479093
Nombre:
SERVICIVIL SAS

TRÁMITE
CONTRATO DE OBRA PUBLICA

VALOR BASE	23.289.705
VALOR TOTAL CONTRATO	64.205.219
VALOR ORDEN DE PAGO	23.422.789
FECHA CONTRATO	01/08/2025
NRO. CONTRATO	030
NUMERO ORDEN DE PAGO	249

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$[illegible].800
PRO UIS	$[illegible].800

TOTAL	$931.600
Ordenanza 2/2005	$93.160
Total a pagar	**$1.024.760**

Destinado a:
Instituto Técnico Superior Industrial

Fecha expedición: 2025/08/28
Fecha límite de pago: 2025/09/03

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20250828 14:46:12

Scotiabank

SERVICIVIL SAS

OBRAS CIVILES, ARQUITECTÓNICAS, ELÉCTRICAS, MECÁNICAS, AMBIENTALES, HIDRÁULICAS, DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SANEAMIENTO BÁSICO, DE DISPOSICION FINAL Y LA DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS DOMICILIARIOS

NIT. 800.147.909-3

PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL

compensar | miplanilla.com

EPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	SERVICIVIL SAS	**NIT:**	800147909
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2025
Sucursal o Dependencia:	OBRA CIVIL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2025
Número de Radicación:	89275777	**Total a pagar:**	$1,340,700
Fecha de vencimiento:	05/08/2025	**Total de empleados:**	3
Fecha de Pago:	26/08/2025	**Número de Administradoras:**	7

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1727526289
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-4	860002183	Seguros de Vida Colpatria S.A.	3		$0	$301,300
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$230,900
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$230,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$230,900
CCF38	890270275	Cafaba Caja de Compensacion Fliar	3		$0	$173,300
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$57,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	2		$0	$115,600
						$1,340,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 89275777, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800147909-3	SERVICIVIL SAS	Dg 62 43 151	3125486349	servicivil_ltda@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OBRA CIVIL	07	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				3	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	26/08/2025	89275777	$1.340.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	21	800	0	57.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	114.000	0		0		0	21	1.600	0	115.600	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	21	3.100	0	230.900	1
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	21	3.100	0	230.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	21	3.100	0	230.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	297.300				297.300	21	4.000	301.300			2.973	301.300	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF38	Cafaba	890270275-5	171.000	21	2.300	173.300	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	21	0	0	0
ICBF				
0	21	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	171.000	173.400
Pensión	3	683.400	692.700
Riesgos Laborales	1	297.300	301.300
CCF	1	171.000	173.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.322.700	1.340.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800147909-3	SERVICIVIL SAS	Dg 62 43 151	3125486349	servicivil_ltda@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OBRA CIVIL	07	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	26/08/2025	89275777	$1.340.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	MAS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	13868480	FLOREZ OBREGON ANSELMO	1	0			S																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF38	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	91425338	FONSECA CORTES ILDE ALFONSO	1	0			S																23I001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	SPS017	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF38	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	91448852	SIERRA FLOREZ JHON JAIRO	1	0			S																23I201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF38	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SERVICIVIL SAS

OBRAS CIVILES, ARQUITECTÓNICAS, ELÉCTRICAS, MECÁNICAS, AMBIENTALES, HIDRÁULICAS, DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SANEAMIENTO BÁSICO, DE DISPOSICION FINAL Y LA DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS DOMICILIARIOS

NIT. 800.147.909-3

AFILIACIONES PERSONAL



02-DIC-1976

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

1.72 A+ M

01-JUN-1995 BARRANCABERMEJA

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800147909
Número Afiliación:	9009993
Razón social:	SERVICIVIL S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	91446999
Nombre:	ALEXANDER ECHEVERRY DIAZ
Fecha Ingreso:	09/08/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	2
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	08/08/2025 03:10:17 p. m.

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

C1941

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer apellido: ECHEVERRY | Segundo apellido: DIAZ | Primer nombre: ALEXANDER

Tipo documento de identidad: CC - Cédula de Ciudadanía | Número documento de identidad: 91446999

Nacionalidad: COLOMBIANO | Lugar de nacimiento: COLOMBIA SANTANDER BARRANCABERMEJA | Fecha nacimiento: 02 DICIEMBRE 1976

Datos complementarios: Etnia: 06 Sin Etnia | Discapacidad: NO | N/A | IBC: $ 1.423.500 | Teléfono celular: 3013170884

Dirección: AVENIDA 52 # 61 - 13 | Departamento: SANTANDER

Municipio/Distrito: BARRANCABERMEJA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES

Nombre o razón social: SERVICIVIL SAS | Tipo documento: NI - Número Identificación Tributaria | Número: 800147909 | 3134242148

Dirección: DIAGONAL 62 # 43 - 151 | SANTANDER | BARRANCABERMEJA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido: ECHEVERRY | Segundo apellido: DIAZ | Primer nombre: ALEXANDER

Tipo documento de identidad: CC - Cédula de Ciudadanía | Número documento de identidad: 91446999

Fecha nacimiento: 02 12 1976 | Fecha de novedad: 09 08 2025

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

X. FIRMAS

Alexander Echeverry

Jorge Trujillo

XI. ANEXOS

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

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

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 **ALEXANDER ECHEVERRY DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91446999,** se encuentra afiliado/a desde **17/11/1998** 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 11 de agosto 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.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 - 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

ALEXANDER ECHEVERRY DIAZ	**91446999**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones



Firma y Sello

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

ALEXANDER ECHEVERRY DIAZ	**91446999**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

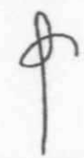
ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones



Firma y Sello

Coordinación de Subsidio - Calle 49 No. 17 - 14 PBX: 6222810 EXT 262 - 235 Página web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionaicliente@cafaba.com.co - subsidio@cafaba.com.co

FECHA AFILIACIÓN: 2025-08-12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.096.239.099
BENAVIDES PEDROZO

APELLIDOS
BRAYAN

NOMBRES
BRAYAN BENAVIDES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1996
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-JUL-2014 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

0042207453A 1 42012415

CamScanner
Digitized by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800147909
Número Afiliación:	9009993
Razón social:	SERVICIVIL S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1096239099
Nombre:	BRAYAN BENAVIDES PEDROZO
Fecha Ingreso:	09/08/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	2
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	08/08/2025 03:01:52 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	11082025

I. DATOS DEL TRAMITE Lea las instrucciones que se encuentran antes del diligenciamiento

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Familiar ☐ C. Institucional ☐ D. Pensionado ☐
Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
BENAVIDES (Primer apellido)	PEDROZO (Segundo apellido)	BRAYAN (Primer Nombre)	(Segundo Nombre)
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Numero del documento de identidad: 1096239099	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 13071996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F, N, M)	Condición (T, P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
MANZANA 16 CASA 270 A		3043857023	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
BARRANCABERMEJA	X			SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero del documento de identidad	22. sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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. Numero del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo L	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Lugar de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo o/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS a registrar por la EPS
C	
B	
E	
S	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de aportante - solo para personas a registrar por la EPS
SERVICIVIL SAS	NIT	800147909	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
DIAGONAL 62 #43-151	3134242148		BARRANCABERMEJA	SANTANDER

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.
- [ ] 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Tramite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	09 08 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 y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Brayan Benavides	Jorge Trujillo

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] 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 escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validacion
					[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

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:

BRAYAN BENAVIDES PEDROZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.239.099**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Agosto 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.

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

BRAYAN BENAVIDES PEDROZO	**1096239099**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones

Firma y Sello

ordinación de Subsidio - Calle 49 No. 17 - 14 PBX: 6222810 EXT 262 - 235 Página web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionaldiente@cafaba.com.co - subsidio@cafabe.com.co

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

BRAYAN BENAVIDES PEDROZO	**1096239099**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones

Firma y Sello

ordinación de Subsidio - Calle 49 No. 17 - 14 PBX: 6222810 EXT 262 - 235 Página web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionaldiente@cafaba.com.co - subsidio@cafaba.com.co

FECHA AFILIACIÓN: 2025-08-12

REPÚBLICA DE COLOMBIA



1.095.910.535

GUERRERO ZAPATA

EDINSON ANDRES

COL 1.70 M

20 JUN 2005 A+

FLORIDABLANCA (SANTANDER)

27 JUN 2023, BARRANCABERMEJA

30 JUN 2033

0.411.7158

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0241471586270 19<<<<<<<<<<
0506203M3306301COL1095910535<1
GUERRERO<ZAPATA<<EDINSON<ANDRE

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800147909
Número Afiliación: 9009993
Razón social: SERVICIVIL S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1095910535
Nombre: EDISON ANDRES GUERRERO ZAPATA
Fecha Ingreso: 09/08/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 2
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 08/08/2025 03:21:30 p. m.

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 12 de Agosto de 2025 2025_17121126-46291025

Señor (a):
SERVICIVIL LIMITADA
nelvacal2@hotmail.com
BARRANCABERMEJA - SANTANDER

Referencia: Radicado No. 2025_17121126 del 12 de Agosto de 2025
Ciudadano: EDINSON ANDRES GUERRERO ZAPATA
Identificación: C.C. 1095910535
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que la solicitud radicada por el ciudadano como se indica en la referencia, ha sido aceptada. Es de aclarar que el ciudadano se afilia como colaborador de su empresa.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	11 08 2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran al reverso del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ☒ / Beneficiario o afiliado adicional ☐ — B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (asignado por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
GUERRERO (Primer apellido)	ZAPATA (Segundo apellido)	EDINSON (Primer Nombre)	ANDRES (Segundo Nombre)
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1095910535	9. sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 2006 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1.423.500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 36F #49-11		3170864769	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
GIRON	Urbana ☒ Rural ☐		SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
6)							
7)							
8)							
9)							
10)							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
6)						
7)						
8)						
9)						
10)						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS — Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
7		
8		
9		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 cotizante (a registrar por la EPS)
SERVICIVIL SAS	NIT	800147909	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
DIAGONAL 62 #43-151	3134242148		BARRANCABERMEJA	SANTANDER

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
- [ ] 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	09 08 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 y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de oficio
Edinson Guerrero	Jorge Trujillo

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad. CN RC TI CC PA CE CD 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 escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		

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	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

EDINSON ANDRES GUERRERO ZAPATA	**1095910535**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones



Firma y Sello

CAFABA

"Bienestar para todos"

COMPROBANTE DE REGISTRO DE DATOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO: 2025-08-09

EDINSON ANDRES GUERRERO ZAPATA	**1095910535**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	C.C.
SERVICIVIL SAS	**800147909**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NIT.

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

AFILIACIÓN REALIZADA

CAFABA

Departamento de Subsidio

Afiliaciones



Firma y Sello

ordinación de Subsidio - Calle 49 No. 17 - 14 PBX: 6222810 EXT 262 - 235 Página web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionaldiente@cafaba.com.co - subsidio@cafaba.com.co

FECHA AFILIACIÓN: 2025-08-12

Colpensiones
NIT 900 336 004 7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2025_17121126
12/08/2025 10:51:29 a. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

202517121126

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( )
Tipo de documento CC (X) CE ( ) TI ( ) RC ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ N.º de documento 1095910535
Fecha de Expedición 27 06 2023 Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo M (X) F ( )
Primer nombre EDINSON | Segundo nombre ANDRES
Primer apellido GUERRERO | Segundo apellido ZAPATA
Fecha nacimiento 20 06 2005 Municipio nacimiento FLORIDABLANCA Departamento nacimiento SANTANDER Nacionalidad COLOMBIA
Dirección de residencia CL 36 F 49 11 | Barrio / vereda de residencia MIRAFLORES
Municipio de residencia BARRANCABERMEJA | Departamento de residencia SANTANDER
Teléfono de residencia | Celular 3170864769
Ocupación u oficio Oficiales y operarios de la construcción | Ingreso mensual $ 1,423,500 | Salario integral SI ( ) NO (X) | Es pensionado SI ( ) NO (X) | Afiliación SI ( ) NO (X)
Correo electrónico EDINSONGUERRERO@GMAILOT.COM
Autorización uso de medios electrónicos SI (X) NO ( )
Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT (X) CC ( ) CE ( ) TI ( ) CD ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ N.º de documento 800147909 DV 3 Código CIIU
Naturaleza Pública ( ) Privada (X) Razón social o nombre SERVICIVIL LIMITADA
Dirección CL 58 27 116 Municipio BARRANCABERMEJA
Barrio / vereda | Departamento SANTANDER | Sucursal
Teléfono 6223451 Celular | Ocupación u oficio
Correo electrónico nelvacal2@hotmail.com

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo M ( ) F ( ) Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo M ( ) F ( ) Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

Tipo de novedad Vinculación inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Similar ( ) Corrección de datos SI ( ) NO ( ) Solicitud SI ( ) NO ( )
Si el acto es Traslado indique: Entidad Actual _____ Entidad a donde desea trasladarse _____
El afiliado debe estar bajo el régimen especial de pensiones SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? _____ Tarifa especial % _____

I. AUTORIZACIÓN PARA ENCUESTA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, para que directamente o a través de terceros, realice encuestas, consultas y verificación de datos, para la recolección, tratamiento de datos de carácter personal, relacionado con la prestación, gestión, administración, parametrización, actualización y mejora de los servicios, bienes y productos de COLPENSIONES, así como el envío de información relacionada, y para el cumplimiento de las funciones propias de la misma, de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales y demás normas que regulen la materia. Igualmente autorizo el tratamiento de mis datos personales sensibles, tales como datos biométricos (huella, voz, imagen), información de salud, origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales o de derechos humanos, vida sexual, datos de menores de edad, información financiera y crediticia, así como cualquier otro dato que pueda clasificarse como sensible conforme a la normatividad vigente, para las finalidades descritas en el presente documento. SI (X) NO ( )

II. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, para que directamente o a través de terceros, realice la verificación de la información suministrada en el documento de identidad y en los demás que sean COLPENSIONES, entre las cuales se encuentran pero no se limitan a: (i) la información biométrica (huella, voz, imagen), (ii) la información de salud, (iii) la información financiera y crediticia, (iv) la información relativa a los menores de edad, (v) la información sensible, para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI (X) NO ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y completa por parte de COLPENSIONES, en virtud de la cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENSIONES para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

EDINSON ANDRES GUERRERO ZAPATA
CC. 1095910535

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE | HUELLA AFILIADO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu cadena."

ADI-GAF-FML-001_V4