



No. de Radicación: 03-07-2025

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

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

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|----------------------|------------------|------------------------------------|
| 1. Tipo de trámite | A. Individual: | B. Colectiva | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado: | A. Dependiente | 7. Código (a registrar por la EPS) |
| A. Afiliación | • Cotizante o cabeza de familia | C. Institucional | A. Contributivo | Si | A. Cotizante | B. Independiente | <u>59</u> |
| B. Reporte de Novedades | • Beneficiario o afiliado adicional | D. De oficio | B. Subsidiado | No | B. Cabeza de familia | C. Pensionado | |

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

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------|-------------------------|---|
| 8. Apellidos y nombres | 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
| <u>BARRERA</u> | <u>CC</u> | <u>4238329</u> | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? | <u>COLOMBIANA</u> | <u>BOYACA</u> | <u>30.10.1964</u> |
| Segundo Apellido | | Segundo Nombre | | | | | |
| <u>SIZA</u> | | <u>ERIQUEL</u> | | | | | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|---|
| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 21. Grupo de población especial | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |
| <u>NA</u> | <u>NA</u> | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | <u>NA</u> | <u>POSITIVA</u> |
| 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> | <u>COMPENSAR</u> | <u>3100000</u> | <u>NA</u> |
| Teléfono | | 26. Residencia | | |
| <u>NA</u> | | <u>CL 40 SUR No. 11 J 15 AP 20</u> | | |
| <u>BOGOTÁ</u> | | <u>BOGOTÁ DC</u> | | |
| <u>3108140740</u> | | <u>erique16096@gmail.com</u> | | |
| <u>BOGOTÁ</u> | | <u>RAFAEL URIBE</u> | | |
| Zona | | Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> | | |

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 | 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número de documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento | 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
| <u>Primero Apellido</u> | <u>Segundo Apellido</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> |
| <u>Primero Apellido</u> | <u>Segundo Apellido</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> | <u>Primero Nombre</u> | <u>Segundo Nombre</u> |

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

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

| 36. Tipo de documento de identidad | 37. No. del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------|---|
| | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál? | Pais Departamento Municipio | |
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

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 |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| | | | | SI NO | Nivel Grupo | SI NO Categoría de discapacidad | SI NO |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------------|----------------|---------------------------|-------------|---|
| 51. Datos de residencia | | | | Teléfono fijo y/o celular | | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| Departamento | Municipio/ Distrito | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural disperso | Resto Rural | |
| B1 | | | | | | |

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EZEQUIEL BARRERA SIZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4238329**, se encuentra afiliado/a desde **18/06/1991** 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 03 de julio 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