



AXA COLPATRIA

reinventando / los seguros

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento: NIT
Documento: 900272666
Número Afiliación: 299452
Razón social: CONMAQUINARIA SA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento: CÉDULA
Documento: 1007122011
Nombre: DANIEL ISAAC
Apellidos: MUÑOZ VILLAMIZAR
Genero: MASCULINO
Estado Civil: SOLTERO(A)
NIT Emp. en Misión: 0
Empresa en Misión: CONMAQUINARIA SA
Código Sucursal: 1
Sucursal: PRINCIPAL
Código C. de Trabajo: 1
Centro de Trabajo: OBRA
Tasa de Riesgo: 6,96
EPS: COOSALUD ESS
AFP: PROTECCION
Estado: VIGENTE
Tipo de Afiliación: DEPENDIENTE
Cargo: AYUDANTE
Fecha de Ingreso: 18/10/2019
Valor Salario: 828116

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos:

Información de Cotizante y/o Cabeza de familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado
CC	1607122011	DANIEL ISAAC	MUÑOZ VILLAMIZAR	2019/05/15	ATLANTICO	MANATI	CLL 3 # 17A-12	3046108368	Contributivo	Activo

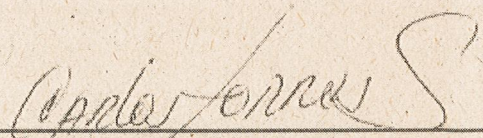
Información de los Beneficiarios										
*Parentesco	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado

*1)Cónyuge o compañero(a) permanente 2)Hijo o Hija 3)Padre o madre del Cotizante o Titular 4)Segundo grado de consanguinidad 5)Tercer grado de consanguinidad 7)Padre o madre del cónyuge 8)Otros no parientes

Información del Aportante				
NIT/CC	Razón Social	Estado	Rango Cortizante	Fecha Vinculación
900272666	CONMAQUINARIA SA	Activo	A	2019/10/18

La anterior certificación se expide y firma, a los 18 días del mes de octubre de 2019, a solicitud del interesado y es válida hasta 18 de noviembre del 2019

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
 SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

**SOLICITUD DE VINCULACIÓN
A ENTIDADES ADMINISTRADORAS
DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**



152553992

Protección

No. 152553992

Ciudad		Fecha de Solicitud		Vinculación		Traslado		Traslado de Regimen		Administradora hacia la cual se solicita el traslado		Administradora hacia la cual se solicita el traslado	
Bogotá		18 10 2019		☒ Inicial ☐ Traslado de AFP ☐ Pensión Familiar		☐ AFP ☐ Pensión ☐ Pensión Familiar		☐ Traslado de Regimen ☐ Pensión Familiar		Administradora hacia la cual se solicita el traslado		Administradora hacia la cual se solicita el traslado	
PROTECCIÓN													
INFORMACIÓN BÁSICA													
☒ CC ☐ R.C. ☐ Pasaporte		☐ CE ☐ T3 ☐ Pasaporte Diplomático		Número documento identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		Nacionalidad			
País de Nacimiento		Ciudad		Departamento		Fecha expedición		Lugar de expedición					
Colombia		Manatí		Atlántico		18 10 2018		Manatí					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre							
Muñoz		Villanueva		Daniel		Isaac							
Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización)				País de Residencia				Departamento				Ciudad	
CE STA 136 A - 52				Colombia				C/mana					
Correo electrónico personal o laboral				Teléfono celular				Estado civil				Casado	
								☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Unión libre					
Dirección de Oficina				Ciudad o Municipio				Departamento				Teléfono de Oficina	
CE 7 128 48 of 1006				Bogotá				C/mana				4821681	
Autoriza el envío de información al celular ☐ Si ☐ No				Autoriza el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico ☐ Si ☐ No				En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia				Residencia ☐ Empresa ☐	
TIPO DE AFILIADO													
☒ Dependiente ☐ Independiente ☐ Voluntario ☐ Asociado				Ha cotizado más de 150 semanas en:									
☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Voluntario ☐ Asociado				Cotizaciones (HSS) ☐ Cajas ☐ Cuales si:									
TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO													
Identificación empleador CTA/EAT				Número identificación empleador				Nombre o razón social				Tipo empleador	
☒ NI ☐ CC ☐ CE				900 222 666 - C				CONMAQUINARIA SA				☐ Público ☒ Privado	
Ciudad o municipio		Departamento		Teléfono		Dirección correspondencia empleador		Correo electrónico empleador					
Bogotá		C/mana		4821681		CE 7 128 48 of 1006							
Ocupación o cargo actual				Profesión				Integral				Salario mensual	
Ayudante de Obra								☐ Si ☒ No				Ene 16	
Apellidos y Nombres				Sexo				Número de identificación				Fecha nacimiento	
				F. M.								Código Parentesco	
												Códigos Parentesco	
												01 Cónyuge 02 Compañero permanente	
												03 Padres 04 Hijos	
												05 Hijos inválidos	
												06 Hermanos inválidos	

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES

1. Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asefondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que PROTECCIÓN pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal
- Para que con fines propios del objeto social, estadísticos y de control de riesgos de las Entidades Autorizadas, puedan consultar las bases de datos de información, personal, financiera y crediticia. Así mismo, para que comparta mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales o tributarias.

DECLARACIONES DEL TITULAR: a.) Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera. b.) Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales de PROTECCIÓN y su aviso de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.proteccion.com

OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS

Control lavado de activos: Me obliga con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la Ley en el momento que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

2. Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas comerciales relacionadas con el sistema financiero, bursátil y asegurador, y conforme a la normatividad vigente. ☐ Si ☒ No

3. Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial relacionada con nuestros productos que me benefician como afiliado, a través de medios físicos o virtuales registrados. ☐ Si ☒ No

 Sellos y Firma Autorizada del Representante Legal Nombres y Apellidos: ANA BEATRIZ OCHOA MEJÍA		Declare bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada. Firma del representante Legal del Empleador	
 Tipo y Número de identificación empleador: 20.910.950		Firma del afiliado	
Tipo y Número de identificación beneficiario		Tipo y número de identificación	

CONTRATO DE OBRA No. 142 de 2018
LOCALIDAD DE CHAPINERO - BOGOTÁ

DOCUMENTOS
PEDRO ROMERO:

ITEM	DESCRIPCION
1	COPIA CEDULA
2	EXAMEN MEDICO
3	ARL
4	AFILIACION EPS
5	FONDO DE PENSION
6	NOTIFICACION DE RIESGO

Contratista
CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN S.A.S.
NIT. 830.041.411-0

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.372.456

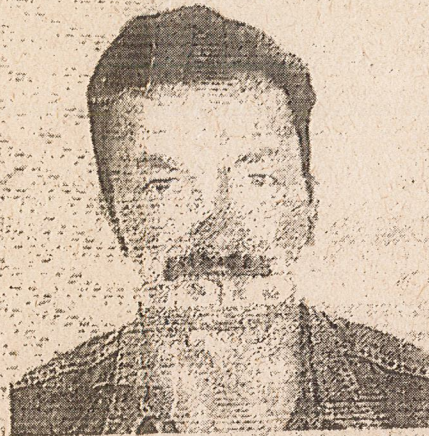
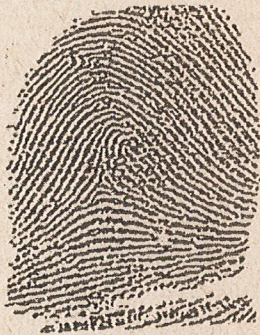
ROMERO MARTINEZ

APELLIDOS

PEDRO HELIODORO DEL
CARMEN

NOMBRES

Pedro Heliodoro del Carmen
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

17-JUN-1968

GAMA

(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

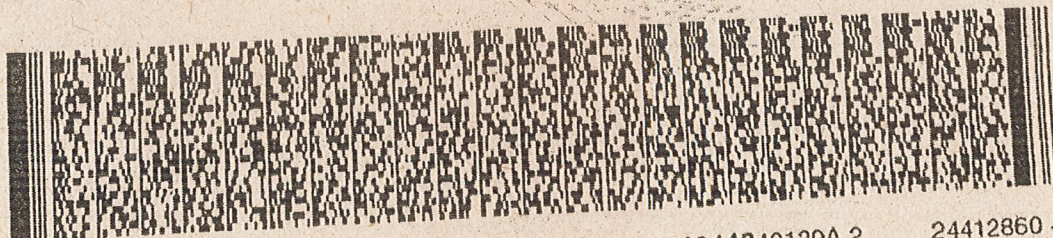
1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

26-MAY-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1510600-00165799-M-0080372456-20090801

0014340120A 2

24412860

Medellín, 16 de Octubre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PAVIMENTOS MARTINEZ que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVOS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79920574	LARA MONTOYA JHON ORLANDO	17/09/2019		p2096213	DEPENDIENTE
C1024550274	LOPEZ GRANADOS JOSE VIRGILIO	04/07/2019		52214716	DEPENDIENTE
C261596	MARTINEZ BARRETO HECTOR NOEL	26/09/2018		0s013230	DEPENDIENTE
C79990035	MARTINEZ SOTO HECTOR ALBERTO	05/10/2017		180236g2	DEPENDIENTE
C80246438	MARTINEZ SOTO WILSON HERNANDO	17/02/2012		142172X2	DEPENDIENTE
C1024464474	MARTINEZ SOTO YHON FREDY	15/03/2017		v210R34j	DEPENDIENTE
C3151310	RAMOS LUIS ANTONIO	16/04/2019		93221601	DEPENDIENTE
C80442174	RINCON HERNANDEZ JOSE MAURICIO	30/03/2019		168218i2	DEPENDIENTE
C80372456	ROMERO MARTINEZ PEDRO HELIODORO DEL CARMEN	26/02/2019		236i1941	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10244733791928942219

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/10/2019 11:43:39.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.88.196, 172.16.42.57

Bogotá, 21 Septiembre de 2019

Señor:

ROMERO MARTÍNEZ PEDRO HELIODORO DEL CARMEN

CC. 80372456 TR 50 69 A 20 SUR Ciudad

Ref.: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de febrero 25 de 2019.

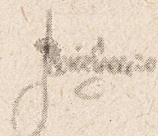
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
HECTOR NOEL MARTINEZ BARRETO	80372456	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ

Director de Recaudo y Compensación SALUD

TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO MARTINEZ PEDRO HELIODORO DEL CARMEN** identificado(a) con **CC** número **80.372.456** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 31 de agosto de 1995 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de octubre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute

Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes

Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2019102112035

CONTRATO DE OBRA No. 142 de 2018
LOCALIDAD DE CHAPINERO - BOGOTÁ

DOCUMENTOS
DODAMIN TRIJILLO:

ITEM	DESCRIPCION
1	COPIA CEDULA
2	EXAMEN MEDICO
3	ARL
4	AFILIACION EPS
5	FONDO DE PENSION
6	NOTIFICACION DE RIESGO

Contratista
CONSULTORIA Y CONSTRUCCIÓN S.A.S.
NIT. 830.041.411-0

Ingreso: 21 00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.825.780**

TRUJILLO CHAPARRO
APELLIDOS

DODAMIN
NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

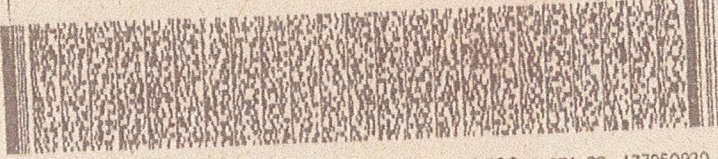
FECHA DE NACIMIENTO **25-OCT-1986**
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **B+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-NOV-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADORA NACIONAL
ALBAEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-5200100-69133411-M-1121825780-20050111 0082005007A 02 177950920

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento: NIT
Documento: 900272666
Número Afiliación: 299452
Razón social: CONMAQUINARIA SA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento: CÉDULA
Documento: 1121825780
Nombre: DODAMIN
Apellidos: TRUJILLO CHAPARRO
Genero: MASCULINO
Estado Civil: SOLTERO(A)
NIT Emp. en Misión: 0
Empresa en Misión: CONMAQUINARIA SA
Código Sucursal: 1
Sucursal: PRINCIPAL
Código C. de Trabajo: 1
Centro de Trabajo: OBRA
Tasa de Riesgo: 6,96
EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
AFP: PORVENIR
Estado: VIGENTE
Tipo de Afiliación: DEPENDIENTE
Cargo: AYUDANTE
Fecha de Ingreso: 21/10/2019
Valor Salario: 828116



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-4

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

22/10/2019



119461356

(Las 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		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidia	
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 IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre TRUJILLO CHAPARRO DODAMIN					
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CCX PA SC		8. Número del documento de identidad 1.121.825.780		9. Sexo Femenino Masculino ☒	
				10. Fecha de nacimiento 25/10/1993	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	
				14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA		16. Administradora de Pensiones POLVENIR		17. Ingreso base de cotización - IBC 828.116	
18. Residencia Dirección Teléfono Celular Teléfono Fijo CALLE 60 SUR #22B-05 3166992021					
Correo Electrónico		gastionhumana@gearycon.com			
Municipio / Distrito BOGOTA		Zona Urbana ☒ Rural		Localidad / Comuna CUNDINAMARCA	

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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre					
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC					
21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento DDMM/AAAA	

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					

Datos Complementarios					
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino	
28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco			
B1		DDMM/AAAA			
B2		DDMM/AAAA			
B3		DDMM/AAAA			
B4		DDMM/AAAA			
B5		DDMM/AAAA			

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social CONFINAR S.A.	36. Tipo documento de identificación NIT ☒ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐	37. Número del documento de identificación 900.772.666-6	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección CRA 7 #127-48 of. 1006			Teléfono Fijo 4821681
Correo Electrónico gestionhumanageon@confinar.com.co		Municipio / Distrito BOGOTÁ	Departamento CUNDINAMARCA

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: <input type="text"/>	☐ 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 ☐ 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.
☐ 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.	

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
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC
Femenino		Masculino	
Fecha de nacimiento		42. Fecha	
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
		Código	

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 internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y 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 1591 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Dodson Ingrid Chaparro	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio Confinar S.A.
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN RC TI CC PA CE CD SC	TOTAL
☒		1
☐ 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 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. ☐ 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 de los padres o la declaración suscrita 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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
Observaciones: ANEXO copia CC		
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.		

EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 22 OCT 2019 RECIBIDO POR:



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DODAMIN TRUJILLO CHAPARRO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,121,825,780**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Octubre de 2019.

Gerente de Clientes

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
NIT 900272666	6	CONMAQUINARIA S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	av calle 127 nO. 13a12 ofi 206	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2160649	SI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Pensión	Salud	51259608	E	2019/10/16	2019/10/25	BANCO COLPATRIA		\$20,335,900																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
EMPLEADO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES											PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
			Ingre	Ret	De	ba	Ido	ta	op	con	vac	ap	ve	ci	re	tr	vi	tp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 900272666	6	CONMAQUINARIAS A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	av calle 127 n° 13a12 ofi 206	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2160649	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-10	512549608	849825082	E	2019/10/16	2019/10/25	BANCO COLPATRIA	9	\$20,335,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS		VALOR LIQUIDADO		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPATRIA ARP		14-4	860,002,183	9		18			\$781,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
CAFAM		CCF21	860,013,570	3		18			\$449,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)						19			\$449,800
CAPITAL SALUD		EPSC34	900,298,372	9		2			\$453,200
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7		1			\$39,500
COOMEVA		EPS016	805,000,427	1		1			\$34,000
COOSALUD MOVILIDAD		ESSC24	900,226,715	3		2			\$33,700
CRUZ BLANCA		EPS023	830,009,783	0		1			\$37,600
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7		1			\$22,700
MUTUAL SER		ESSC07	806,008,394	7		6			\$150,900
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2		1			\$33,200
NUEVA EPS MOVILIDAD		EPS041	900,156,264	2		2			\$49,900
SALUD TOTAL		EPS002	800,130,907	4		2			\$17,800
TOTAL						58			\$33,900
									\$3,494,400



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

Valor

\$

2278.100

Verifique antes de recibir de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación registrada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques están sujetos a la cláusula de buen retiro Art. 862 y a verificación posterior. Si ocurre errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

BANCO DE OCCIDENTE * 240 * 263 * 25995
11:28:49 2019/10/09 No Planilla: 8497878079
PRDO COTIZACION: 201910 Normal 9012309643164482610
VALOR PAGADO: 2,278,100.00
NOTA: EL PAGO DE LA PLANILLA NO. 8497878079

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON NO. DE AUTORIZACION 06000324
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF					
NIT 901230964	1	MANTENIMIENTO Y MONTAJES INTEGRALES SAS	8. - MENOS DE 200 COTIZANTES	MYM SUCURSAL TUNJA	CALLE 38 NO 8 66	TUNJA-BOYACA	7736501	SI					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago					
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor				
2019-09	2019-10		E		2019/10/16			0					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES													
EMPLLEADO													
NOVEDADES													
No.	Identificación	Nombre	Ingr	Ret	Ind	Dep	Dep	Dep	Dep				
SUCURSAL: MYM SUCURSAL TUNJA (4 Afiliados)													
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (4 Afiliados)													
1	CC	1057590871											
		CASTANEDA MEDINA FABIAN RICARDO											
2	CC	1053586147											
		CHAUPRA SIACHOQUE IVAN SANTIAGO											
3	CC	1057597876											
		GRANADOS PENA ELMER SANTIAGO											
4	CC	1057592403											
		PATINO SIACHOQUE CRISTIAN LEONARDO											
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES													
EMPLLEADO													
NOVEDADES													
No.	Identificación	Nombre	Ingr	Ret	Ind	Dep	Dep	Dep	Dep				
SUCURSAL: SUCURSAL BOGOTA (10 Afiliados)													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (10 Afiliados)													
5	CC	109346											
		BALLESTEROS CASTRO LUIS ALBERTO											
6	CC	104827742											
		COLON POLO MARTIN ANTONIO											
7	CC	80492866											
		FELICIANO SAENZ JOSE MIGUEL											
8	PE	935509114091											
		MARTINEZ CUEVAS JOSE LUIS											
9	PE	843578009071											
		MENDOZA MENDOZA LUIS XAVIER											
10	CC	1033779008											
		MOLINA ACOSTA JOSE ALEJANDRO											
11	CC	1077633421											
		MURILLO RIVAS JHON EDUAR											
12	CC	1235243614											
		PERTUZ HOYOS JORGE LUIS											
13	CC	79982052											
		ROJAS JESUS ANTONIO											
14	CC	79722555											
		TRACUQUA GARCIA JAIME											
Total		Afiliados(14)											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 901230964	1	MANTENIMIENTO Y MONTAJES INTEGRALES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MVA SUCURSAL TUNJA	CALLE 38 NO 8 66	TUNJA-BOYACA	7736501	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-10			E	2019/10/16			0	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)									
		231001	800,227,940	6	1	\$8,900	\$0	\$0	\$1,176,500
		230301	800,224,808	8	7	\$626,300	\$0	\$0	\$8,900
		230201	800,229,739	0	6	\$541,300	\$0	\$0	\$626,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
		14-11	890,903,790	5	14	\$512,400	\$0	\$0	\$541,300
		CCF21	860,013,570	3	10	\$151,100	\$0	\$0	\$512,400
		CCF10	891,800,213	8	4	\$143,500	\$0	\$0	\$151,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)									
		EP5008	860,066,942	7	1	\$21,000	\$0	\$0	\$143,500
		EP5017	830,003,564	7	2	\$54,300	\$0	\$0	\$21,000
		EP5037	900,156,264	2	4	\$112,500	\$0	\$0	\$54,300
		EP5041	900,156,264	2	1	\$22,100	\$0	\$0	\$112,500
		EP5002	800,130,907	4	4	\$29,000	\$0	\$0	\$22,100
		EP5005	800,251,440	6	2	\$55,700	\$0	\$0	\$29,000
		TOTAL			14	\$2,278,100	\$0	\$0	\$55,700
									\$2,278,100



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
NIT 900161033	8	INCOPI CONSTRUCTORES LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INCOPI CONSTRUCTORES LTDA	Cra 11 53 80	SOACHA-CUNDINAMARCA	2618267	SI									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave		Tipo	Fecha	Pago		Valor									
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor								
2019-09	2019-10	505195315	8497258339	E	2019/10/08	2019/10/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$2,150,000								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
1	CC 79777218	CASTRO SOLANO OSCAR DE JESUS	230201	30	\$828,116	\$132,500	EP5002	30	\$828,116	\$33,200	CCF21	30	\$828,116	\$33,200	14-7	30	\$828,116
2	CC 52904393	DAZ ARABELLA	230201	30	\$1,100,000	\$176,000	EP5002	30	\$1,100,000	\$44,000	CCF21	30	\$1,100,000	\$44,000	14-7	30	\$1,100,000
3	CC 79769422	MORENO GARCIA JOHN ALEXANDER	231001	30	\$828,116	\$132,500	EP5002	30	\$828,116	\$33,200	CCF21	30	\$828,116	\$33,200	14-7	30	\$828,116
4	CC 79222595	NINO CASAS JOSE ISAAC	230301	30	\$828,116	\$132,500	EP5037	30	\$828,116	\$33,200	CCF21	30	\$828,116	\$33,200	14-7	30	\$828,116
5	CC 74326740	PINZON LOPEZ ALBERTO	25-14	30	\$1,700,000	\$272,000	EP5023	30	\$1,700,000	\$68,000	CCF21	30	\$1,700,000	\$68,000	14-7	30	\$1,700,000
6	CC 1044551948	PINZON TRIANA FREDY YOBANY	230201	30	\$828,116	\$132,500	EP5008	30	\$828,116	\$33,200	CCF21	30	\$828,116	\$33,200	14-7	30	\$828,116
7	CC 9590204	PINZON LOPEZ LUIS FELIPE	230301	30	\$828,116	\$132,500	EP5010	30	\$828,116	\$33,200	CCF21	30	\$828,116	\$33,200	14-7	30	\$828,116
Total	Afiliados(7)				\$6,940,580	\$1,110,500			\$6,940,580	\$278,000			\$6,940,580	\$278,000			\$6,940,580

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				7	\$1,110,500	\$0	\$0	\$0	\$1,110,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$132,500	\$0	\$0	\$0	\$132,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$272,000	\$0	\$0	\$0	\$272,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	\$265,000	\$0	\$0	\$0	\$265,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	\$441,000	\$0	\$0	\$0	\$441,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	\$483,500	\$0	\$0	\$0	\$483,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	7	\$483,500	\$0	\$0	\$0	\$483,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	\$278,000	\$0	\$0	\$0	\$278,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	\$278,000	\$0	\$0	\$0	\$278,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	\$278,000	\$0	\$0	\$0	\$278,000
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$33,200	\$0	\$0	\$0	\$33,200
CRUZ BLANCA	EP5023	830,009,783	0	1	\$68,000	\$0	\$0	\$0	\$68,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EP5010	800,088,702	2	1	\$33,200	\$0	\$0	\$0	\$33,200
NUOVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$33,200	\$0	\$0	\$0	\$33,200
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	3	\$110,400	\$0	\$0	\$0	\$110,400
TOTAL				7	\$2,150,000	\$0	\$0	\$0	\$2,150,000