Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA
No. Identificación: CC72149645
Dirección: CALLE 71B N 2209
Telefono: 1111111
Correo: emiromartinez-2025@hotmail.com
Ciudad: BARRANQUILLA
Número de Planilla: 8358382909

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA
Tipo y número de identificación	CC72149645
Número de planilla	8358382909
Fecha pago	2026-02-26
Número de autorización pago	71604826
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	16900
Total Intereses de Mora	200

PAGADA
8358382909

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	9500	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	7400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 72149645
APELLIDOS Y NOMBRES: EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS048	230201	58364	58364	0	0	7300	0	9400	0	0	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA
No. Identificación: CC72149645
Dirección: CALLE 71B N 2209
Telefono: 1111111
Correo: emiromartinez-2025@hotmail.com
Ciudad: BARRANQUILLA
Número de Planilla: 8358383062

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA
Tipo y número de identificación	CC72149645
Número de planilla	8358383062
Fecha pago	2026-02-26
Número de autorización pago	45403532
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	499100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	280200	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	218900	1

8358383062

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 72149645
APELLIDOS Y NOMBRES: EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS048	230201	1750905	1750905	0	0	218900	0	280200	0	0	0

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO identificado(a) con NI 890102006 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA identificado(a) con CC 72149645

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9500594801	96166736	Y	2026-02-27	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																		$1,750,905	4.35%	$76,200
9500600796	96182081	Y	2026-02-27	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	1	X																	$58,364	4.35%	$2,600

Este certificado se expide el día 2026-03-13 a las 10:06.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ MENDOZA EVER JOSE** identificado(a) con **CC** número **72.149.645** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de diciembre de 1998 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

mutualser

Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA** identificado con **Cédula de ciudadania** número **72149645** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoria:	**A**
Fecha afiliación:	**01/01/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 29 de enero del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Powered by CamScanner

mutualser

NIT 806.008.394-7

I. DATOS DE TRAMITE

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado: 05001-00156921-SM

Fecha de radicación

Página 1 de 2

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

1. Tipo de tramite: A. Afiliacion; B. Traslado de novedades (1)

2. Tipo de afiliado: A. Individual; B. Colectivo; C. Institucional; D. De oficio

3. Cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional

4. Régimen: A. Contributivo (1); B. Subsidiado

5. Condición especial: Si; No

6. Tipo de afiliado: Cotizante (2); B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional; E. Pensionado (3); F. Independiente; G. Independiente (3) e

7. Ocupación (Código a registrar por la EPS)

8. AFILIACIÓN

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

9. Apellidos y nombres: PRIMER APELLIDO; SEGUNDO APELLIDO; PRIMER NOMBRE; SEGUNDO NOMBRE

10. Tipo de documento de identidad (CC)

11. Número del documento de identidad

12. Sexo biológico: Femenino; Masculino (1)

13. Sexo identificación: F; M (1); T; NR; Otro; Cual

14. Fecha de nacimiento

15. Nacionalidad (COL)

16. Lugar de nacimiento: País (COLOMBIA); Departamento (ATLANTICO); Municipio (SOLEDAD)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos permanentes

17. Etnia

18. Comunidad

19. Discapacidad: SI; NO (1)

Categoría de discapacidad

20. Grupo de población con especial

21. Tiene encuesta SISBEN: SI; NO (1)

22. Clasificación SISBEN: Nivel; Grupo

23. Tarifa como cotización solidaria

24. Ingreso base de cotización - IBC

25. Actividad económica de pensionados

26. Actividad económica de riesgos laborales - ARL

27. Residencia: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Correo electrónico

Departamento: ATLANTICO; Municipio - Distrito: BARRANQUILLA; Localidad - Comuna: VILLA SANTOS; Zona: Cabecera municipal; Centro poblado; Rural disperso; Resto rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

28. Apellidos y nombres

29. Tipo de Documento de identidad

30. Número del documento de identidad

31. Sexo biológico: Femenino; Masculino

32. Sexo identificación: F; M; T; NR; Otro; Cual

33. Fecha de nacimiento

34. Nacionalidad

35. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio

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

	36. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
E1				
E2				
E3				
E4				
E5				

	37. Tipo de documento de identidad	38. Número del documento de identidad	39. Nacionalidad	40. Sexo biológico: Femenino	Masculino	41. Sexo identificación: F	M	T	NR	Otro	Cual	42. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	43. Fecha de nacimiento
E6															
E7															
E8															
E9															
E10															

Datos complementarios del beneficiario

	44. Parentesco	45. Etnia	46. Comunidad	47. Grupo de población especial	48. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	49. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	50. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	51. Incapacidad permanente: SI	NO
E1													
E2													
E3													
E4													
E5													

52. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	53. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS
E1								
E2								
E3								
E4								
E5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
E1			
E2			
E3			
E4			
E5			

54. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

C: MPIO BARRANQUILLA IPS PAS

55. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

56. Nombre o razón social: EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA

57. Tipo de documento de identificación (CC)

58. Número del documento de identificación

59. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

60. Ubicación: Dirección; Teléfono fijo y celular; Correo electrónico; Departamento; Municipio / Distrito

Powered by CamScanner

mutualser

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **EVER JOSE MARTINEZ MENDOZA** identificado con **Cédula de ciudadania** número **72149645** registra en nuestra Base de Datos en condición de **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/01/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 29 de enero del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Powered by CamScanner

mutualser
Alianza Solidaria en salud
NIT 900.005.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. REPORTE DE NOVEDADES

80. Tipo de Novedad

- [ ] 1 Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2 Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3 Actualización del documento de identificación
- [ ] 4 Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5 Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6 Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10 Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 14 Movilidad [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15 Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16 Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17 Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18 Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 19 Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20 Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21 Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

MARTINEZ	MENDOZA	EVER	JOSE

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	72149645	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	1 5 1 1 1 9 8 6

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	0 1 0 1 2 0 2 6	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad
  Cantidad de documentos de identidad anexos: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] MD [ ] SC [ ] PT [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total anexos [ ]

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

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

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

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

Powered by CamScanner