emssanar EPS | **NIT. 901.021.565-8**
Registro de Cámara de Comercio N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR S.A.S.
Movilidad Régimen Contributivo

EMSSANAR S.A.S., CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 4613785
Apellidos:	CAMAYO
Nombres:	JAIVER
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de servicio:	No Vigente - Pendiente Inicio Cobertura RC
Fecha de Afiliación:	05/10/2026
Fecha inicio cobertura:	05/10/2026
Departamento de Afiliación:	CAUCA
Municipio de Afiliación:	POPAYÁN
Zona:	Rural - Dispersal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE POPAYAN - CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE - POPAYAN (CAUCA)	CL 5 # 14 - 00	MEDICINA GENERAL
CM COLOMBIA DISPENSARIO SAS - POPAYAN (CAUCA)	CL 8 KR 15 - 36	MEDICAMENTOS
ESE POPAYAN - SUR ORIENTE - POPAYAN (CAUCA)	KR 3 E # 7 - 13	ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Articulo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 29 de Septiembre de 2026 a solicitud del interesado.

¡Siempre cerca de Usted!
NIT.: 814.000.337 - 1
GESTIÓN COMERCIAL

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR S.A.S.

NIT 901021565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JAIVER CAMAYO identificado(a) con CC 4613785, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de EMSSANAR S.A.S. por JAIVER CAMAYO CC 4613785 en calidad de Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
05/oct./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
05/oct./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 29 días del mes de sept. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de EMSSANAR S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930942 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

¡Siempre cerca de Usted!
NIT.: 814.000.337 - 1
GESTIÓN COMERCIAL

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

emssanar

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10367560355418
Fecha de radicación 29/09/2026

ESSC18

- [ ] 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
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	05/10/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [x] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [x] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		**Numero de documento de identidad**	

IX. FIRMAS

X Jaivercamayo

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

X 4613785

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

emssanar

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10367560355418
Fecha de radicación 29/09/2026

ESSC18

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:		Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [x]	A. Cotizante o Cabeza de familia [x] B. Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [x] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [x]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [x] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [x] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMAYO		JAIVER	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	4613785	Femenino [ ] Masculino [x]	F [ ] M [x] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN	23/02/1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [x]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [x] NO [ ]	Nivel I	A04	05 - Población Sisbenizada

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
00-0: Sin ARL	25-14: Colpensiones	$ 1.750.905	

Dirección Residencia	Teléfono Fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
VRD CAJETE		3234828751	jaivercamayo49@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	POPAYÁN	4 - ZONA RURAL	Cab.Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [x] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE POPAYAN - CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE - POPAYAN (CAUCA) - CL 5 # 14 - 00	02007062000001 Sede: 1

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
JAIVER CAMAYO	CC4613785	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
VRD CAJETE		jaivercamayo49@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

emssanar EPS	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EMSSANAR S A.S. EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

CC4613785 JAIVER CAMAYO

En constancia se firma a los 29 del mes de sept. de 2026

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC4613785 JAIVER CAMAYO

Jaiver camayo
4613785

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

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:

JAIVER CAMAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.613.785**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*