

	F-GC-22 Versión 7 Abril 2018	EMPOCALDAS S.A E.S.P GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	
		LISTA DE CHEQUEO PAGO DE ACTAS - CONTRATO DE OBRA	

# CONTRATO Y AÑO	132/2018	Acta N°	1	1. VALOR INICIAL (Incluido AIU e IVA)	927.409.631	
				2. VALOR ADICION (+)	0	
CONTRATISTA	CONSORCIO SANTANDER			3. VALOR TOTAL (1+2)	927.409.631	
NIT O CC:	901192193-4			4. VALOR ACTAS ANTERIORES (-)	0	
CDP (#, rubro y fecha)	0473 2018/04/09			5. VALOR PRESENTE ACTA (-)	94.174.731	
RP (#, rubro y fecha)	0750 2018/07/09			6. VALOR POR EJECUTAR (3 - 4 - 5)	833.234.900	
OBJETO DEL CONTRATO:	REPOSICION DE REDES DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO EN LOS MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DE ARAUCA KILOMETRO 41 Y CHINCHINA					
TIPO DE RECURSOS	PROPIOS	CENTRO DE COSTOS y PROCEDIMIENTO				
DOCUMENTO VERIFICADOS					✓	# FOLIOS
1- Autoliquidaciones en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales del personal empleado en la obra y del contratista (Personas naturales) o Certificado de Cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789/02 (Personas jurídicas).					X	
2- Pagos SENA e ICBF, cuando aplique.					N/A	
3- Pagos al FIC					N/A	
4- Factura (Régimen Común) o Factura equivalente (régimen simplificado).					X	
5- Informe de actividades o Bitácora.					X	
6- Copia de las planillas de pago con firma de los trabajadores.					X	
7- Informe de Interventoría y certificado. Formato F-GC-20					X	
8- Ensayos de densidad.					N/A	
9- Diseño de Mezclas.					N/A	
10- Ensayo de resistencia de concreto o ensayo de viguetas en pavimentos.					N/A	
11- Trazabilidad de la tubería (Formato F-GC-79 para tubería de Acueducto y F-AL-07 para tubería de alcantarillado, según aplique).					X	
12- Actas de visita de acometidas. Formato F-AC-51					N/A	
13- Actas de finalización de obras de acometidas. Formato F-AC-52 (Sólo aplica para el acta final)					N/A	

Nota: Si pasados tres (3) días después del recibo de esta documentación el Supervisor del contrato no presenta correcciones, quedará en firme y será subida al SECOP.

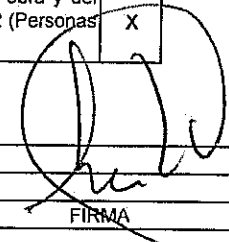
Secretaría General CERTIFICA que el Supervisor del Contrato entregó la documentación para ser archivada en la carpeta correspondiente.

Juan Camilo A.
NOMBRE DE QUIEN RECIBE

29/08/2018
FIRMA

DOCUMENTOS ANEXOS CON DESTINO A TESORERÍA		✓
Factura original o Documento equivalente	X	
Acta original	X	
Informe de Interventoría y certificado. Formato F-GC-20	X	
Copia del Registro Presupuestal	X	
Distribución por centro de costos. Formato F-GF-32	X	
Autoliquidaciones en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales del personal empleado en la obra y del contratista (Personas naturales) o Certificado de Cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789/02 (Personas jurídicas)	X	

Fecha de presentación _____

DATOS DEL SUPERVISOR		
GERARDO ANTONIO RAMIREZ G	INGENIERO ZONA CENTRO NORTE	
NOMBRE	CARGO	
		FIRMA

DATOS PARA LA TRANSFERENCIA DE PAGOS		
62.398.396.708	CUENTA CORRIENTE	BANCOLOMBIA
CUENTA	TIPO DE CUENTA	BANCO

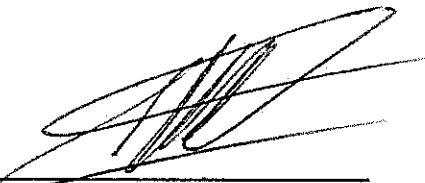
**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PARAFISCALES**

PERSONA JURÍDICA

Yo, **JAIR DE JESUS QUINTERO CARVAJAL** identificado con cédula de ciudadanía No.75.031.358, en mi condición de Representante Legal de **CONSORCIO SANTANDER** identificada con Nit 901.192.193-4, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Manizales a los veinticuatro (24) días del mes de agosto de 2018



FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: JAIR DE JESÚS QUINTERO CARVAJAL.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 75.031.358.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante										
NIT 901192193	4	CONSORCIO SANTANDER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES										
		Sucursal Principal	Dirección										
		CHINCHINA	CARRERA 21 730-03 OFICINA 501										
		Exonerado SENA e ICBF	8848595										
		Exonerado SENA e ICBF	No										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo	Salud	Clave	Planilla										
2018-07	2018-08	8482729374	E										
Pensión	Pago	Planilla	Límite										
2018/08/08	359560325	8482729374	2018/08/23										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTE													
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor

EMPLEADO													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor																			
Centro de Trabajo: Principal (11 Afiliados)													\$3,546,860	\$914,500	\$2,946,860	\$443,700	\$443,700	\$3,546,860	\$142,200	\$3,546,860	\$247,000	\$3,546,860	\$178,200	\$178,200								
Sucursal: CHINCHINA (11 Afiliados)													\$3,546,860	\$914,500	\$2,946,860	\$443,700	\$443,700	\$3,546,860	\$142,200	\$3,546,860	\$247,000	\$3,546,860	\$178,200	\$178,200								
1	CC 10599370	BEDOYA JANE	25-14	7	\$182,290	\$47,400	EP5044	7	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$182,290																			
2	CC 43376-3	CASTRILLON JOAQUIN	25-14	7	\$182,290	\$47,400	EP5044	7	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$182,290																			
3	CC 109488598	CASTRILLON VICTOR	230201	7	\$182,290	\$47,400	EP5044	7	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$182,290																			
4	CC 79033052	GONZALEZ ANDRES	25-14	7	\$182,290	\$47,400	EP5044	7	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$182,290																			
5	CC 100274696	MARRI VICTOR	230201	3	\$78,125	\$19,800	EP5044	3	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$78,125																			
6	CC 8850752	MOJALES OSWALDO	230301	7	\$182,290	\$47,400	EP5044	7	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$182,290																			
7	CC 6481867	PEREZ WASHINGTON	25-14	8	\$208,332	\$54,200	EP5044	8	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$208,332																			
8	CC 79032879	QUINTERO DIEGO	230301	15	\$750,000	\$195,000	EP5044	15	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$750,000																			
9	CC 109330782	QUINTERO JESUS	230201	15	\$1,000,000	\$240,000	EP5044	15	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$1,000,000																			
10	CC 15961276	VARGAS JUAN	230201	15	\$390,621	\$101,600	EP5044	15	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$390,621																			
11	CC 1054995208	ZULUAGA CRISTIAN	230201	8	\$208,332	\$54,200	EP5044	8	2018/08/23	2018/08/23	BANCOLOMBIA	0	\$208,332																			
Total Afiliados(11)					\$3,546,860	\$914,500							\$3,546,860																			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
NIT 901192193	4	CONSORCIO SANTANDER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión Salud	Pago	Planilla	Límite
2018-07	399560925	8482729374	2018/08/23
RESUMEN DE PAGO		Pago	Valor
		2018/08/09	\$1,925,600

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	\$914,500	\$0	\$0	\$914,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	\$196,400	\$0	\$0	\$196,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	\$242,400	\$0	\$0	\$242,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	5	\$475,700	\$0	\$0	\$475,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
CONFAMILIARES								
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)								
ASMET SALUD EPS S&S	CCF11	890,806,490	5	11	\$142,200	\$0	\$0	\$142,200
EMSSANAR	ESSC62	900,935,126	7	11	\$443,700	\$0	\$0	\$443,700
MEDIAMAS EPS	ESSC18	814,000,337	1	2	\$32,600	\$0	\$0	\$32,600
NUEVA E.P.S.	EPS044	901,097,473	5	1	\$22,800	\$0	\$0	\$22,800
SALUD TOTAL	EPS037	900,156,264	2	3	\$71,700	\$0	\$0	\$71,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS002	800,130,907	4	2	\$48,900	\$0	\$0	\$48,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	\$267,700	\$0	\$0	\$267,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)	PASENA	899,999,034	1	11	\$106,800	\$0	\$0	\$106,800
SENA								
TOTAL				11	\$1,925,600	\$0	\$0	\$1,925,600



**DATOS PARA AFILIACION DE USUARIO CON ASMETSALUD A
REGIMEN CONTRIBUTIVO**

①

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	Jaime Bedoya Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	18599310
DIRECCION Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA	finca Capilla - Chinchina
TELEFONOS DEL TRABAJADOR	313-584-66-18
CORREO ELECTRONICO DEL TRABAJADOR	
Municipio o ciudad donde requiere los servicios de Salud	Chinchina
FONDO DE PENSIONES	Colpensiones
No NIT Y RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	901192193-4
CORREO ELECTRONICO EMPRESA	idjquintero@hotmail.es
FECHA INGRESO	24 de Julio de 2018
CARGO	Ayudante - Construcción
SI ES APRENDIZ QUE ETAPA	
SALARIO	\$ 781.242
ADJUNTAR A ESTE FORMATO	
COPIA DE LA CEDULA DEL TRABAJADOR LEGIBLE	
CEL 3105315344 ASESOR COMERCIAL PARA CALDAS	
Esta solicitud de afiliación puede ser enviada al CORREO asesor.caldas@asmetsalud.org.co	

3148264682

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.599.310**
BEDOYA CORREA

APELLIDOS
JAIME

NOMBRES
Jaime Bedoya

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1975**
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-AGO-1993 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Santa Rosa de Cabal*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



4-2408600-00063142 M-0018599310-20080902 0002920259A 1 4890006788

901-192193-4.

Finca capilla Chinchina

TEL: 3135846618

COLECCIONES

AYUDANTE

781 242

AXA COOPATRIA

NIT: 901 192 193-4

INICIO: 24-07-2018

ASMETSALUD

OK APORESA MIRA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JAIME BEDOYA CORREA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **18599310**, se encuentra afiliado (a) desde **15/12/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de julio de 2018.


Rosa Mercedes Niño 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.

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación, B. Reporte de Novedades. 2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Colizante o Cabeza de Familia, B. Colectiva, C. Institucional, D. De oficio. 3. Régimen: A. Contributivo, B. Subsidiado. 4. Tipo de afiliado: A. Colizante, B. Cabeza de familia, C. Beneficiario. 5. Tipo de colizante: A. Dependiente, B. Independiente, C. Pensionado. 6. Fecha de Radicación. 7. No. de Radicación.

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colizante o cabeza de familia)

5. Apellidos y nombres: Contreras. 6. Tipo documento de identidad: CC. 7. Número del documento de identidad: 9. Sexo: Femenino. 10. Fecha de nacimiento: 11/01/1961.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia. 12. Discapacidad. 13. Puntaje SISBEN. 14. Grupo de población especial. 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL. 16. Administradora de Pensiones. 17. Ingresos base de colización - IBC. 18. Residencia: Municipio/Distrito, Zona (Urbana/Rural), Teléfono fijo y celular, Correo electrónico.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colizante. 19. Apellidos y nombres. 20. Tipo de documento de identidad. 21. Número del documento de identidad. 22. Sexo. 23. Fecha de nacimiento.

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

Table with columns for Beneficiario/Afiliado (B1-B5), Apellidos y nombres, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento.

Datos Complementarios

Table with columns for Beneficiario/Afiliado (B1-B5), Etnia, Discapacidad, Tipo, Condición, Datos de residencia (Municipio/Distrito, Zona Urbana/Rural, Departamento), Teléfono fijo y/o celular, Valor de la UPO del afiliado adicional.

Sede de la IPS Primaria

Table with columns for Sede de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, Código de la IPS (a registrar por la EPS).

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 de documento de identificación. 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS). 39. Ubicación: Dirección, Teléfono, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Departamento.

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, 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 optar, 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir colizados, 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 13. Movilidad, 14. Traslado, 15. Reporte de fallecimiento, 16. Reporte del tránsito 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 documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento. 42. Fecha. 43. EPS anterior. 44. Motivo de traslado. 45. Caja de Compensación Familiar y Pregrado de Pensionados.

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.

medimás RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CALDAS. RICARDO LEÓN GIRALDO TORRES C.C. 75.079.163

EMPLEADOR

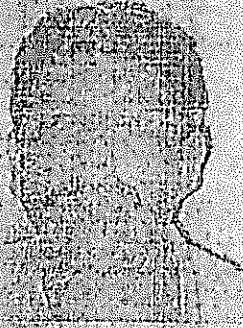
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
Cedula de Ciudadania

4.337.643
CASTRILLON CARDONA

JOAQUIN

NOVEDAS

Joaquín Cardona



FECHA DE NACIMIENTO: 10-OCT-1962

AGUADAS
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 B+ M

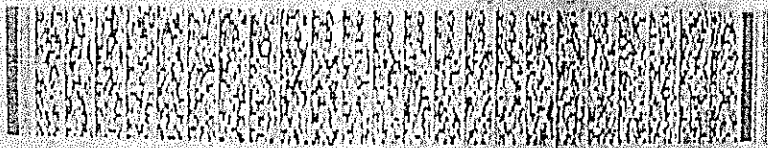
ESTATURA G.S. III SEXO

07-ENE-1981 AGUADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO GARCIA TOARES

ADICIONALES



A 480 400 00762 43 34 01 04387643 26089901 0002844058A T 4120004795

Cel 3205934215

Medimas

Colpensiones

Barrio San Carlos 1 casa 5

AGUADAS

781242

AGUADAS

AGUADAS

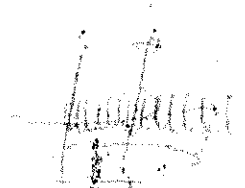
2018 27-07-2018

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JOAQUIN CASTRILLON CARDONA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía número 4337643**, se encuentra afiliado (a) desde **17/07/1986** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

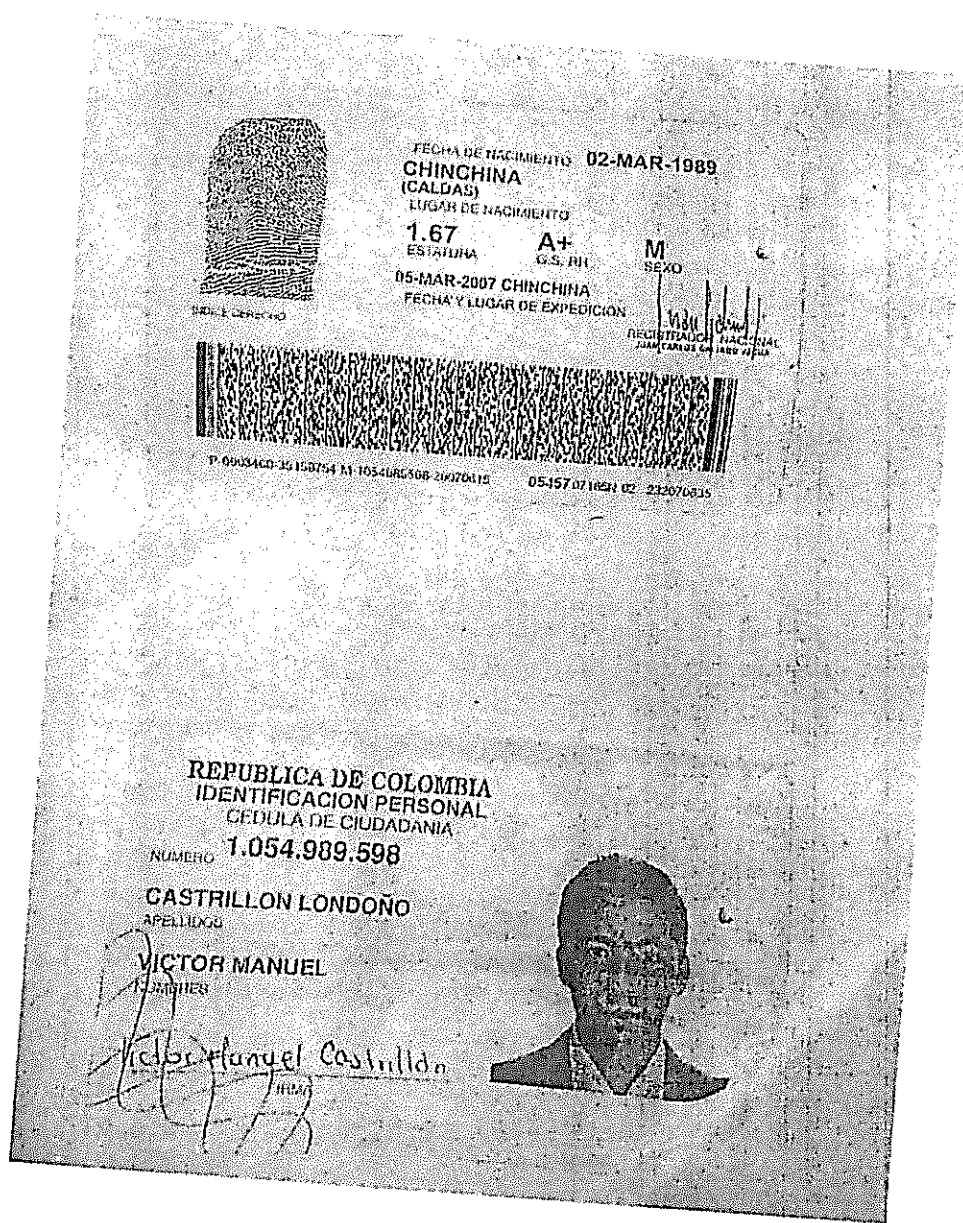
INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	3	PORVENIR S.A.	08/02/1995	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de julio de 2018.


Rosa Mercedes Niño 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
 COMISIÓN NACIONAL DE FIANZAS
 DE COLOMBIA



Cel 3133771262

Medidas

Protección

Barrio San Carlos 1 casa 5

AYUDANTE
781242
AXA COLOPATRIA
NIT 904 472 193-4
INICIO: 24-07-2018

OK APORE SU MIA A

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SECTOR

dimás EPS

3013608319

Condiciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

DEL TRÁMITE

1. Tipo de Afiliación		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen	
B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>			

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Castillon		cc		1054989598		Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		02/03/1989	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial		
		Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC		
Colpatria						781242		
18. Residencia								

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		
Código (a registrar por la EPS)					

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>Castro</u> Segundo apellido: <u>Ure</u>		7. Tipo documento de identidad <u>CC</u>		8. Número del documento de identidad <u>1054987592</u>		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento <u>01/10/1987</u>	
---	--	---	--	---	--	--	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>Colpatria</u>			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC <u>781292</u>	
18. Residencia Dirección: <u>Salgado</u>		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		Departamento	

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:		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	
---	--	---------------------------------------	--	--	--	-------------------------	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido:		25. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	
B1							
B2							
B3							
B4							

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social <u>Comercio Salvador</u>		36. Tipo de documento de identificación <u>CNPJ</u>		37. Número de documento de identificación <u>901197193</u>		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección: <u>Medellin</u>		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito: <u>Medellin</u> Departamento: <u>Colombia</u>	

B. REPORTE DE NOVEDADES

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 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:		42. Fecha de nacimiento	
Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		43. EPS anterior	
44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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.	medimás RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CALDAS RICARDO LEÓN GIRALDO TORRES C.C. 75.079.193 ASESOR COMERCIAL DE SOLUCIONES EFECTIVAS SAS
--	--

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRILLON LONDOÑO VICTOR MANUEL** identificado(a) con CC número **1.054.989.598** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 18 de noviembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de julio de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

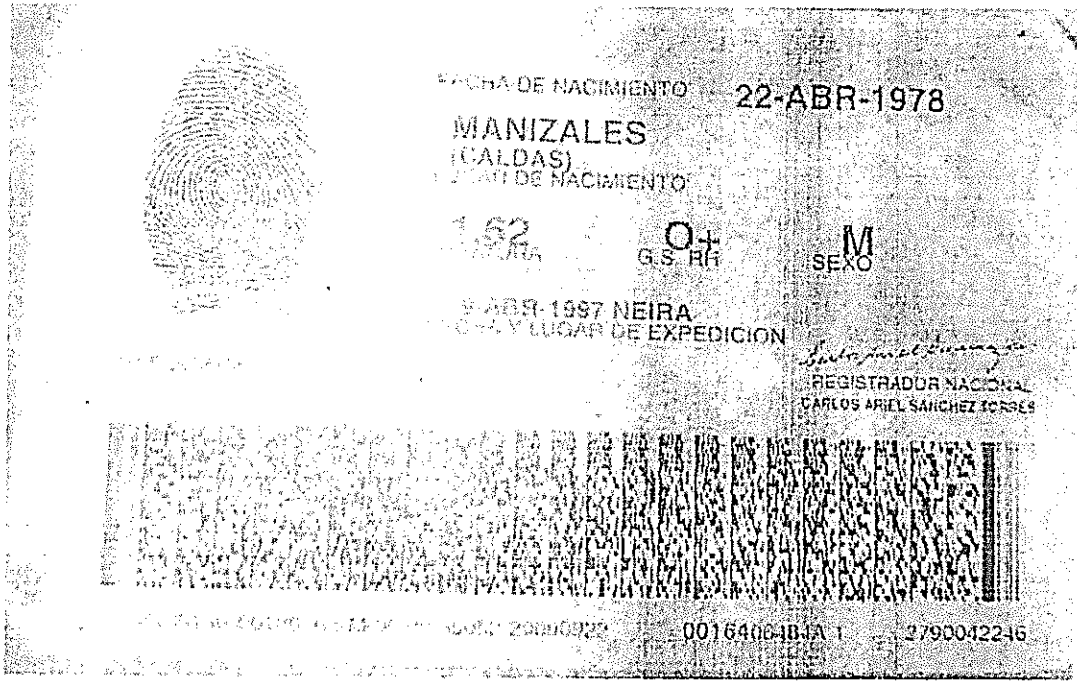
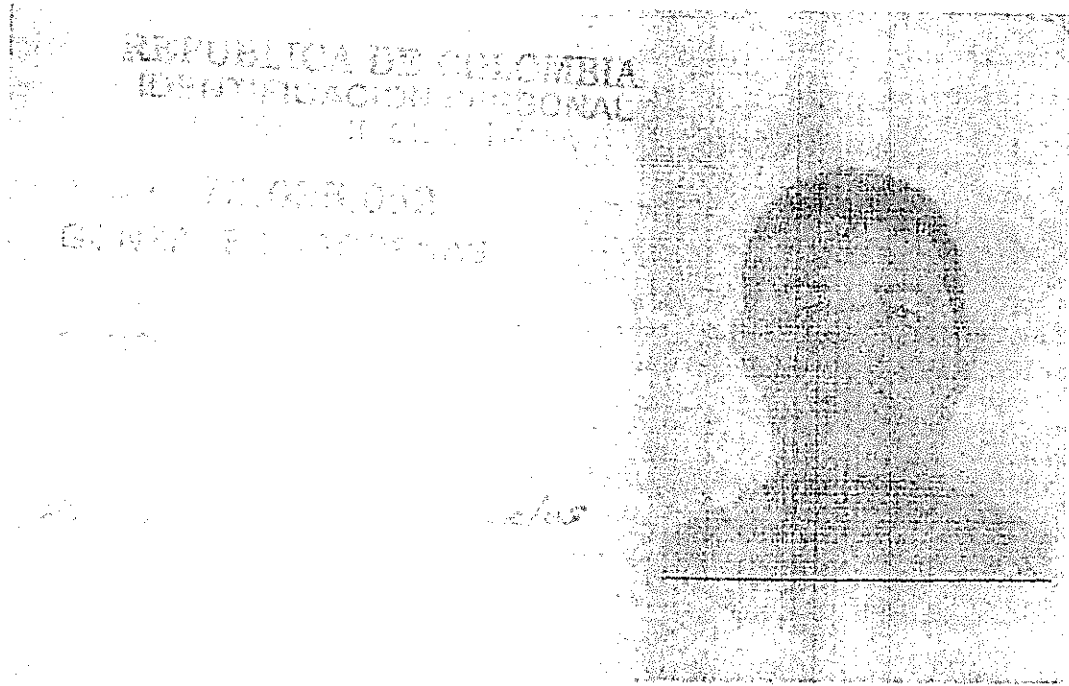
***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*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 clientes@proteccion.com.co



Manzana c casa 7 barrio las gambas de la frontera

TEL: 3146921513

I. DATOS DEL TRÁMITE
1. Tipo de Trámite
2. Tipo de Afiliación
3. Régimen
4. Tipo de afiliado
5. Tipo de cotizante
6. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres
7. Tipo documento de identidad
8. Número del documento de identidad
9. Sexo
10. Fecha de nacimiento
11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
19. Dirección
20. Teléfono fijo
21. Teléfono celular
22. Correo electrónico
23. Municipio/Distrito
24. Zona Urbana/Rural
25. Localidad/Comuna
26. Departamento

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
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo
23. Fecha de nacimiento

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

Table with 5 columns: B1-B5, Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre. Includes fields for Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, and Fecha de nacimiento.

Datos complementarios

29. Parentesco
30. Etnia
31. Discapacidad
32. Datos de residencia
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

32. Datos de residencia
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

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

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

36. Tipo de documento de identificación
37. Número de documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
40. Dirección
41. Teléfono
42. Correo electrónico
43. Municipio/Distrito
44. Departamento

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.
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
42. Fecha
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado
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 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...

medimás
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CALDAS
RICARDO LEON
GIRALDO TORRES
C.C. 75.078.183
ASESOR COMERCIAL DE SOLUCIONES EFECTIVAS SAS

EMPL. FAVOR

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANDRES GIOVANNI GONZALEZ CARDENAS identificado(a) con C.C No. 75.035.052, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de julio del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

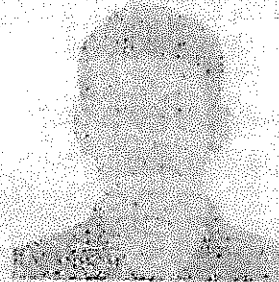
Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



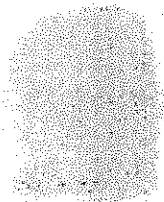
Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias

5

REPUBLICA DE CHINA
CHINA
1001748260
CHINA
1001748260
CHINA



Handwritten text, possibly a name or address, including the number 81525118.



31-AGO-1999
CHINA
(CANGAS)
1.74 O+ M
1001748260



781.242
901192193
AYUDA OTE
MEDIMAS

WICHO: 23-07-2018

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

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, 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. 6. Fecha de Radicación, 7. Fecha de Radicación.

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido María, Segundo apellido Vargas, Primer nombre Manuel, Segundo nombre. 7. Tipo documento de identidad: CC. 8. Número del documento de identidad: 1302308307. 9. Sexo: Masculino. 10. Fecha de nacimiento: 31/10/1999.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnea, 12. Discapacidad, 13. Puntaje SISBÉN, 14. Grupo de población especial. 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL, 16. Administradora de Pensiones, 17. Ingreso base de cotización - IBC. 18. Residencia: Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona Urbana/Rural, Localidad/Comuna, Departamento.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante: Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre. 20. Tipo documento de identidad, 21. Número del documento de identidad, 22. Sexo, 23. Fecha de nacimiento.

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

24. Apellidos y nombres (B1-B5): Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre. 25. Tipo documento de identidad, 26. Número del documento de identidad, 27. Sexo, 28. Fecha de nacimiento.

Datos complementarios

29. Parentesco, 30. Etnea, 31. Discapacidad, 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito, Zona Urbana/Rural, Departamento, Teléfono Fijo y/o celular, 33. Valor de la UPC del afiliado adicional. 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, 35. Código de la IPS.

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

36. Nombre o razón social: Comercio Social, 37. Tipo documento de identificación: CC, 38. Número de documento de identificación: 90102193, 39. Ubicación: Cra 70 # 25-03, Dirección, Teléfono, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Departamento.

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, 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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 13. Movilidad, 14. Traslado, 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 documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento. 42. Fecha, 43. EPS anterior, 44. Motivo de traslado, 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 obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Rescisión.

medimás EPS RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CALDAS RICARDO LEÓN GIRALDO TORRES C.C. 75 078 163

EMPLADOR

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

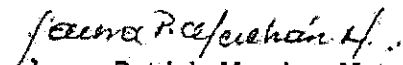
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARIN OSPINA VICTOR MANUEL** identificado(a) con CC número **1.002.748.960** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día **03 de mayo de 2018** y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día **24 de julio de 2018**.

Cordialmente,



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 clientes@proteccion.com.co

NOVA EPS
HEMOS EN ANIOQUIA
AVANZAR VA A CAMBIAR
HEMOS

8

8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
98.507.192
MORALES VERGARA
OSBALDO
Osbaldo Morales



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1985
SAN CARLOS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 0+ M
ESTATURA G.S RH SEXO
22-AGO-2003 SANTO DOMINGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMAREZ RENGIFO LOPEZ



A-1500105-47152372-M-0098507192-20080918 0392106261A 02 214796330

Manzana c casa 7 barrio las gambas de la frontera

TEL: 3177128558

NOVA EPS

781242

INICIO: 24-07-2018

NIT: 901192193-4

AFP:

AXA COOPERATIVA

R.C. 110



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **OSBALDO MORALES VERGARA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **98,507,192**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2018.

Gerente de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CENTRAL DE IDENTIFICACION
75.032.819

QUINTERO CARVAJAL

DIEGO FERNANDO



2 (8)
\$ 1500 000
NIT: 901992193-Y
INICIO: 16-07-2018
AXA COLOMBIA
PORVENIR



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1969
LUGAR DE NACIMIENTO
VERSALLES
(VALLE)
ESTADURA 1.68 O+ M
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
08-AGO-1988 NEIRA



Calle 48 # 77-38

San Jorge M/2-108

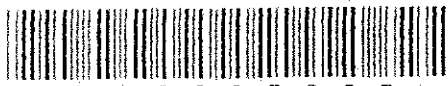
Tel= 3775443977

OK ADOPTA...



NIT 800.130.907-4

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



* 5 0 0 2 2 2 5 8 3 7 *

No. DE RADICACIÓN
5002225837

Fecha de Radicación
12/10/17 12/10/18

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
B. Colectiva <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		E. Código (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Guerra

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 900119219

9. Sexo: Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento: 11/11/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo Condición

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL de Salud

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización -IBC: 180000

Residencia: San Juan de los Rios

Municipio/Distrito: San Juan de los Rios Zona: Urbana Rural

Localidad/Comuna: San Juan de los Rios Departamento: Caldas

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: Guerra

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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
							Femenino	Masculino	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
		Tipo	Condición			
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: Entidad Prestadora

36. Tipo de documento de identificación:

37. Número del documento de identificación: 900119219

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

L. 1712 DE 2014

NIT 800.130.907-4 TEL 11794.3796



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIEGO FERNANDO QUINTERO CARVAJAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **75,032,819**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2018.

Gerente de Clientes



NIT 800.130.907-4



* 5 0 0 2 2 2 5 8 3 9 *

No. DE RADICACION
5002225839

Fecha de Radicacion

11/10/18

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Resorte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Localidad/Comuna Departamento			

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			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino				
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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 aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			

NIT 800.130.907-4 TEL 11222 9074

AUDITOTAL

2 000 000

NIT 901192193-4

LIVIO 46-09-2018

AXA COMPATRIA

POQUEVIR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CREDENCIAL DE CIUDADANIA

SUBJETO 1.053.817.082
QUINTERO GARCIA

APellidos
JESUS DAVID

Nombre

Jesús David Quintero

Fecha



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1992

MANIZALES (CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M

ESTATURA

63.84 SEXO

25-MAR-2010 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL

DE IDENTIFICACION

SECRETARIA NACIONAL
DE IDENTIFICACION

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUINTERO GARCIA JESUS DAVID** identificado(a) con CC número **1.053.817.082** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 19 de octubre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de julio de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchán 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 clientes@proteccion.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
OFICINA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.961.216
VARGAS LOPEZ
APellidos
JUAN DE LA ROSA
Nombres



781242
10
MIT 901492193-4
INICIO: 16-07-2018
AXA COLPATRIA
PROTECCION



FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1977

PACORA
(CALDAS)

ESTADURA

1.65

O+

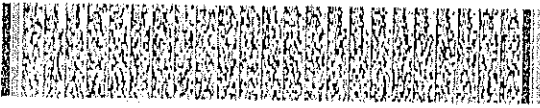
M

09-DIC-1995 SALAMINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

BIEN VIVIR - 100

SECRETARIA NACIONAL
DE IDENTIFICACION



SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION

Calle 48 #77-38

San Jorge

Tel = 377 392 2362

#781242

...

...

...

#781242 ayudante

W. ISORAGOS



NIT 800.130.907-4

Lea las condiciones que se encuentran anexas al Contrato antes de suscribirse



* 5 0 0 2 2 2 5 8 3 8 *

No. DE RADICACIÓN
5002225838

Fecha de Radicación
10/10/18

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Vargas, Juan de la Cruz			
7. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	8. Número del documento de identidad 15461715	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 21/01/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL Caja Costarricense		16. Administradora de Pensiones Caja Costarricense	17. Ingreso base de cotización -IBC 72342
18. Residencia Montezuma, Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad/Comuna: San Juan, Departamento: Heredia			

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			
20. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
				Femenino	Masculino		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social Caja Costarricense	36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 1011921913	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			

EPS S.A. NIT 800.313.421-8 TEL: (222) 2330 90

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS LOPEZ JUAN DE LA ROSA** identificado(a) con CC número **15.961.216** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 14 de julio de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de julio de 2018.

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 clientes@proteccion.com.co

PROTECCIÓN S.A.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.995.008

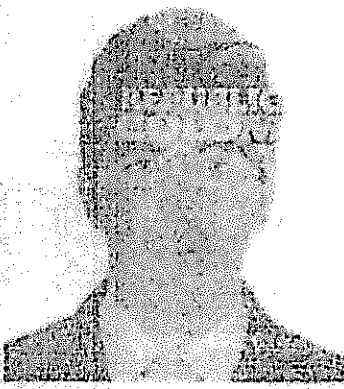
ZULUAGA ESCOBAR

APELLIDOS

CRISTIAN

NOMBRES

CRISTIAN ZULUAGA ESCOBAR



FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1994

CHINCHINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

05-MAR-2012 CHINCHINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



C 990423 00170427 M 1054995008-20120517 00299474604

781242
AYUDANTE
NIT: 901.192.193
INICIO: 23-07-2018

CRISTIAN ZULUAGA ESCOBAR

CEL. 3206204863

ESP. MEDINAS

CC. 1054995008

IR 4 10A Bro 12A-12

Barreras Doctors

(L) Las instrucciones que se encuentran al respecto del formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE
1. Tipo de Trámite
A. Afiliación
B. Reporte de Novedades
2. Tipo de afiliado
A. Coaficiente
B. Cabeza de familia
C. Beneficiario
3. Tipo de afiliador
A. Individuo - Coaficiente o Cabeza de Familia
B. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio
5. Tipo de cotizante
A. Dependiente
B. Independiente
C. Pensionado
6. Requerir
A. Contributivo
B. Subafiliado
7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. Apellidos y nombres
7. Tipo documento de identidad
8. Sexo
9. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
Dirección
Teléfono
Zona Urbana/Rural
Localidad/Comuna
Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
Table with columns: B1-B5, Apellidos y nombres, Tipo documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento

Datos complementarios
Table with columns: B1-B5, Parentesco, Etnia, Discapacidad, Tipo, Condición, Datos de residencia, Municipio/Distrito, Zona Urbana/Rural, Departamento, Teléfono Fijo y/o celular, Valor de la UPC del afiliado adicional

Selección de la IPS Primaria
34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL, O DE OFICIO
36. Nombre o razón social
37. Tipo de documento de identificación
38. Número de documento de identificación
39. Tipo de aportante o pagador de pensiones
40. Ubicación
Dirección
Teléfono
Correo electrónico
Municipio/Distrito
Departamento

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
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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo, B. Régimen Subafiliado
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
42. Fecha
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado
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 veracidad de los datos suministrados.

medimás EPS
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CALDAS
RICARDO LEÓN
CALLE DEL TRÁMITE

EMPLEADOR

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZULUAGA ESCOBAR CRISTIAN** identificado(a) con **CC** número **1.054.995.008** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 13 de junio de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de julio de 2018.

Cordialmente,



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 clientes@proteccion.com.co



781.242
 AYUDA
 INICIO: 06-08-2018
 AXA COUPATRYA.
 NIT: 901.192.193
 COLPENSIONES

Cel = 321-405-42-32
 314-619-53-99

EPS: NUEVA EPS

ARAUCA OK

INSTITUTO DE VINCULACIÓN
DE LOS DESEMPLERADOS ADMINISTRATIVOS
SISTEMA GENERAL DE PENSIONES
52220523



Protec

08/26/2018

PROTECCION

PROTECCION

9921655 22 09 1981
Colombia Disoidalde Caldas 26 05 1983 Misael
Lopez Zapata Jose Roberto
Colombia Caldas Arauca
3014054220
Cra 21 #30-03 Urrutia Caldas

PROTECCION

PROTECCION

90197193 Consuelo Santacruz
Caldas Cra 21 #30-03
Bueno 787-242

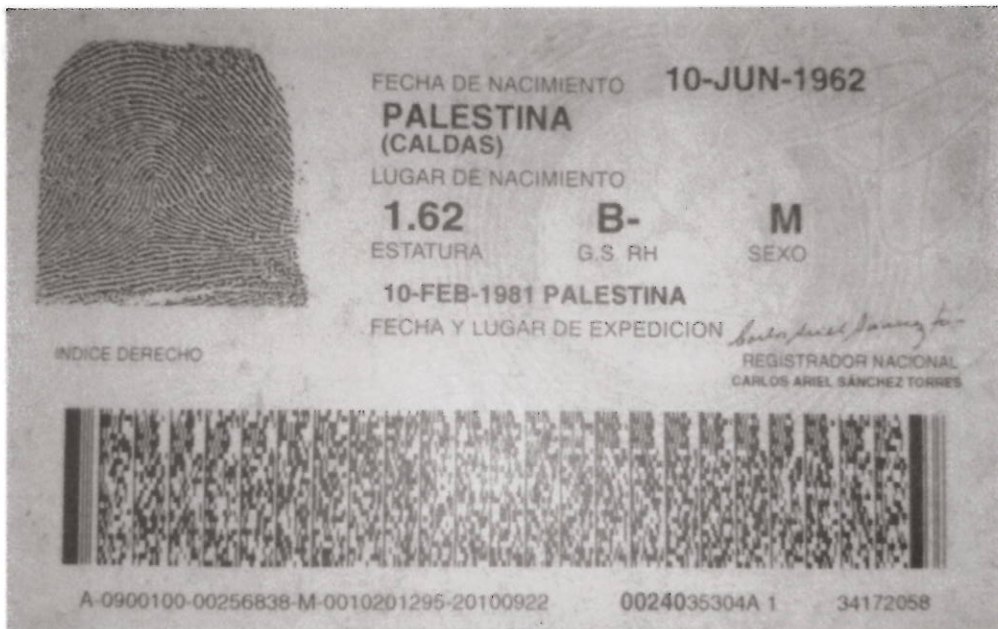
Apellido y Nombre	Sexo	Numero de Identificación	Fecha nacimiento	Grupo de sangre	Partidos
					01 Conservador
					02 Liberal
					03 Comunista
					04 Independiente

DECLARACION DE SELECCION Y APLICACION

DECLARACION DE RECOLECCION Y USO DE DATOS PERSONALES

Yo, el suscrito, Consuelo Santacruz, titular de la cédula de ciudadanía número 90197193, declaro que los datos personales que he suministrado en esta solicitud son veraces y completos, y que autorizo al Instituto de Vinculación de los Desemplantados Administrativos para que los utilice en el proceso de selección y aplicación para el cargo de PROTECCION. Asimismo, declaro que conozco y acepto las condiciones de uso de los datos personales que se establecen en el artículo 17 de la Ley 1712 de 2014, y que autorizo al Instituto de Vinculación de los Desemplantados Administrativos para que los utilice en el proceso de selección y aplicación para el cargo de PROTECCION. Finalmente, declaro que conozco y acepto las condiciones de uso de los datos personales que se establecen en el artículo 17 de la Ley 1712 de 2014, y que autorizo al Instituto de Vinculación de los Desemplantados Administrativos para que los utilice en el proceso de selección y aplicación para el cargo de PROTECCION.

[Signature]
T. Carolina Mateo
90197193-4



781.242
 AYUDAUTE
 INICIO: 06-08-2018
 AXA COLPATRIA.
 NIT: 901.192.193
 PORVENIR.

Cel = 321-405-42-36
 314-619-53-99

EPS: Nueva EPS.

ARAUCA OK

62 21

1954

George
1954

1954

1954

TOTAL 1954 + 1950

25

1954

1954

1954

1954

1954

1954

George Gordon Valentine Hartman

1954

1954

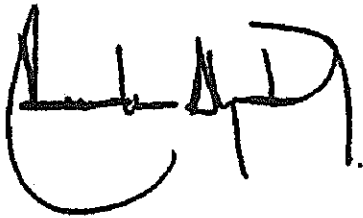
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

porvenir
sólo hay uno

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ENRIQUE CARDONA GAVIRIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **10,201,295**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Agosto de 2018.



Gerente de Clientes

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CONTRASEÑA

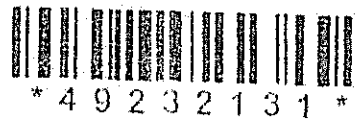
IMPRESIÓN DACTILAR



FAVOR NO LAMINAR

FECHA DE EMISIÓN		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
24 MAY 2018		1.002.056.400	
CÓDIGO Y CLASE DE EMISIÓN			
1 PRIMERA VEZ CC			
APELLIDOS			
ARANGO ZAVATA			
NOMBRES			
OSCAR ELIAN			
LUGAR DE PREPARACIÓN			
RISARALDA (CALDAS)			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			
RISARALDA (CALDAS)			
30 ENE 2000		A-	

C21:
32-403-42-32
Te dimas



* 4 9 2 3 2 1 3 1 *



Ciudad: Manizales Fecha de Solicitud: Día Mes Año Vinculación inicial Traslado de AFP Traslado de régimen AFP Traslado de AFP - Pensión Familiar Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Administradora hacia la cual se solicita el traslado: **PROTECCIÓN** Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante:

INFORMACIÓN BÁSICA

C.C. R.C. Pasaporte C.E. T.I. Pasaporte Diplomático

Número documento identidad: 1002856460 Sexo: M F Fecha de nacimiento: 30 01 2000 Nacionalidad: Colombiano Extranjero

Pais de Nacimiento: Colombia Ciudad: Manizales Departamento: Caldas Fecha expedición: 28 05 2018 Lugar de expedición: Manizales

Primer apellido: Guano Segundo apellido: Escobar Primer nombre: USCAR Segundo nombre: ELIEN

Dirección residencial (Apartamento, barrio, urbanización): Pic 21 / 30 03 País de Residencia: Colombia Departamento: Caldas Ciudad: Manizales Teléfono fijo: 611011

Correo electrónico personal o laboral: uscar.guano@proteccion.com Teléfono celular: 310 21 30 03 Estado civil: Casado Separado Soltero Viudo Unión libre

Dirección de Oficina: Pic 21 / 30 03 Ciudad o Municipio: Manizales Departamento: Caldas Teléfono de Oficina: 611011

Autorizo el envío de información al celular: Sí No Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico: Sí No En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física: Residencia Empresa

TIPO DE AFILIADO

Dependiente Independiente Voluntario Asociado

Ha cotizado más de 150 semanas en: Cot pensiones (ISS) Cajas Cuál(les):

TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO

Identificación empleador CTA/EAT: Nil. C.C. C.E. 4101192113 Nombre o razón social: Asociación Santandrea Tipo empleador: Público Privado

Ciudad o municipio: Manizales Departamento: Caldas Teléfono: 611011 Dirección correspondencia empleador: Manizales Correo electrónico empleador: uscar.guano@proteccion.com

Ocupación o cargo actual: Objetivo Profesión: Objetivo Integral: Sí No Salario mensual: Objetivo Fecha ingreso empresa: Objetivo

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Sexo		Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento			Código Parentesco	Códigos Parentesco
	F	M			Día	Mes	Año		
									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, Asofondos 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:

a. 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

b. 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 obligo 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. Sí 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. Sí No

Sello y Firma Autorizada del Representante Legal
Nombres y Apellidos: ANA BEATRIZ OCHOA MEJIA

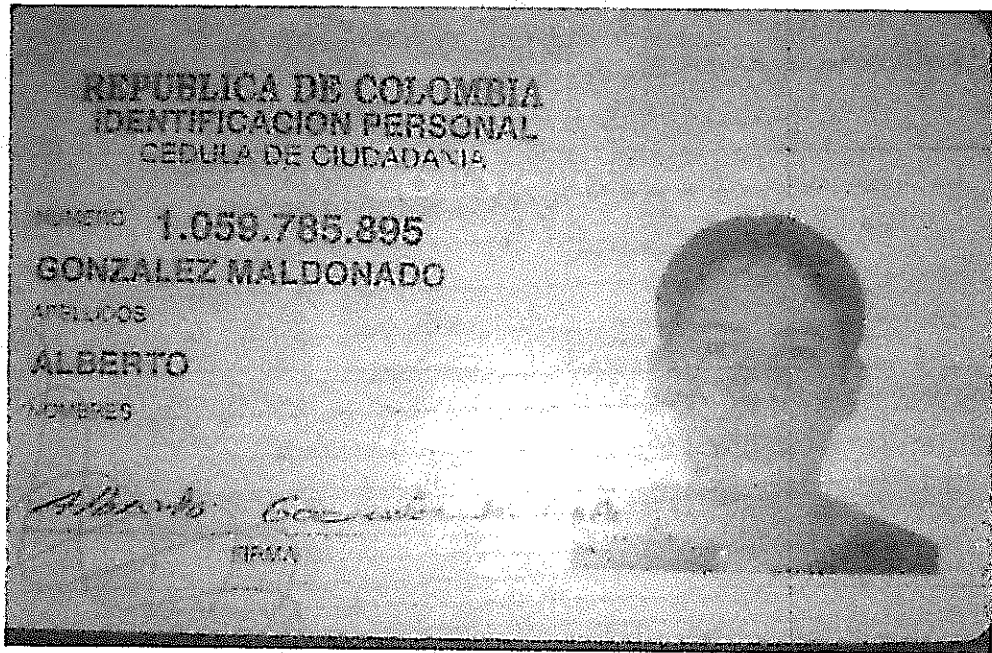
Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.
Firma del representante Legal del Empleador: [Firma]

Firma del afiliado: [Firma]

Tipo y Numero de identificación empleador: [Firma]

Nombre de asesor Comercial: [Firma]

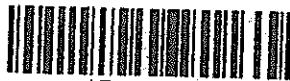
Correo y Número de identificación: [Firma]



781.242
AYUDANTE
INICIO: 06-08-2018
AXA COLPATRIA
NIT: 901192.193
COLPENSIONES

Cel = 302-297-57-20
EPS = MEDIMAS-MOVIDAD

ARAUCA OK



Ciudad: Uruará Fecha de Solicitud: 06/08/2013
 Vinculación inicial Traslado AFP Traslado de régimen Administradora hacia la cual se solicita el traslado
 Traslado de AFP - Pensión Traslado de Régimen - Pensión Familiar Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante

INFORMACIÓN BÁSICA

C.C. R.C. Pasaporte Número documento identidad: 1059755-395 Sexo: M F Fecha de nacimiento: 16/0/1972 Nacionalidad: Colombiano Extranjero

C.E. T.I. Pasaporte Diplomático

País de Nacimiento: Colombia Ciudad: Uruará Departamento: Caldas Fecha expedición: 30/07/2010 Lugar de expedición: Visaralola

Primer apellido: Carden Segundo apellido: Maldonado Primer nombre: Clara Segundo nombre:

Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización): Polonia País de Residencia: Colombia Departamento: Uruará Ciudad: Uruará Teléfono fijo:

Correo electrónico personal o laboral: 3022975770 Estado civil: Casado Separado Soltero Viudo Unión libre

Dirección de Oficina: Rta 21 + 30-03 Ciudad o Municipio: Uruará Departamento: Caldas Teléfono de Oficina: 3017573831

Autorizo el envío de información al celular Si No Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico Si No En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física: Residencia Empresa

TIPO DE AFILIADO

Dependiente Independiente Voluntario Asociado Ha cotizado más de 150 semanas en:

Colpensiones (ISS) Cajas Cuáles:

TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO

NIT C.C. C.E. Identificación empleador CTA/EAT: 901192193 Número identificación empleador: 901192193 Nombre o razón social: Beatriz Ochoa Mejía Tipo empleador: Público Privado

Ciudad o municipio: Uruará Departamento: Caldas Teléfono: 3017573831 Dirección correspondencia empleador: Rta 21 + 30-03 Correo electrónico empleador:

Ocupación o cargo actual: Profesión: Integral: Si No Salario mensual: Fecha ingreso empresa: Día Mes Año

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Sexo		Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento			Código Parentesco	Códigos Parentesco
	F	M			Día	Mes	Año		
									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, Asofondos 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:

a. 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 directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal

b. 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 obligo 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, cursátil y asegurador, y conforme a la normatividad vigente. Sí 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. Sí No

Seto y Firma Autorizada del Representante Legal
 Nombres y Apellidos: ANA BEATRIZ OCHOA MEJIA

Declaro 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: [Firma]

Firma del afiliado: _____

Tipo y Numero de identificación empleador: _____

Nombre de asesor Comercial: _____

Código y Número de Identificación: _____

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.054.999.182

AGUDELO ALZATE

APELLIDOS

MANUEL LEONARDO

NOMBRES

Manuel Agudelo Alzate

FIRMA



INDICE DERECHO

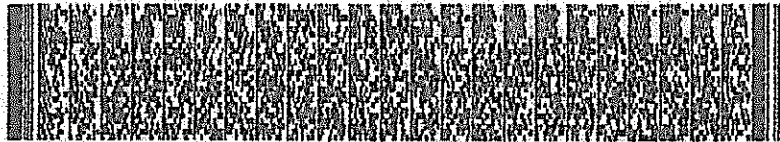
FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1998
MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO 1.75 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO
03-AGO-2016 CHINCHINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZEA



P-0903400-00854567-M-1054999182-20161008 0051762302A 1 45720810

Cel = 312-715-2014
Medinas.

ARAUCA OK



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MANUEL LEONARDO AGUDELO ALZATE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,054,999,182**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**


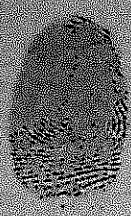
La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Agosto de 2018.

Gerente de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 TARETA DE CIUDADANIA

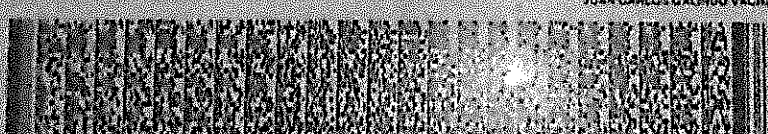
IDENTIFICACION: **1.059.787.279**
RIOS ARANGO
 NOMBRE: **RODOLFO**
 APELLIDOS:

Rodolfo Rios Arango

FECHA DE NACIMIENTO: **05-MAY-1998**
RISARALDA
 (CALDAS)
 LUGAR DE NACIMIENTO: **1.74** **B+** **M**
 ESTATURA: **1.74** G.S. RH: **B+** SEXO: **M**
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: **05-MAY-2016 RISARALDA**
 REGISTRADOR NACIONAL: *Juan Carlos Galindo Vachá*
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA

FEDE DE DERECHO



P-0916605-00436258-M-1059787279-20160604 0050033366A-1 45716114



No. 152220433

152220433

Nit. 800.138.108-1

Ciudad: Medellin Fecha de Solicitud: 17 08 2018
 Vinculación inicial Traslado AFP Traslado de régimen Administradora hacia la cual se solicita el traslado
 Traslado de AFP - Pensión Familiar Traslado de Régimen - Pensión Familiar Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante

INFORMACIÓN BÁSICA
 C.C. R.C. Pasaporte Número documento identidad: 1059787279 Sexo: M F Fecha de nacimiento: 05 05 1978 Nacionalidad: Colombiano Extranjero
 C.E. T.I. Pasaporte Diplomático
 País de Nacimiento: Colombia Ciudad: Medellin Departamento: Medellin Fecha expedición: 17 08 2018 Lugar de expedición: Medellin
 Primer apellido: Linos Segundo apellido: Chavez Primer nombre: Rodolfo Segundo nombre:
 Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización): País de Residencia: Departamento: Ciudad: Teléfono fijo:
 Correo electrónico personal o laboral: Teléfono celular: Estado civil: Casado Separado Soltero Viudo Unión libre
 Dirección de Oficina: 61621 / 30-03 Ciudad o Municipio: Medellin Departamento: Medellin Teléfono de Oficina:
 Autorizo el envío de información al celular: Si No Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico: Si No En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física: Residencia Empresa

TIPO DE AFILIADO
 Dependiente Independiente Voluntario Asociado Ha cotizado más de 150 semanas en:
 Colpensiones (ISSI) Cajas Cuál(es):

TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO
 Identificación empleador CTA/EAT: Nil. C.C. C.E. 901192193 Número identificación empleador: 901192193 Nombre o razón social: Caribbean Sontander Tipo empleador: Público Privado
 Ciudad o municipio: Medellin Departamento: Medellin Teléfono: Dirección correspondencia empleador: Correo electrónico empleador:
 Ocupación o cargo actual: Profesión: Chivero Integral: Si No Salario mensual: Fecha ingreso empresa: Día Mes Año

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Sexo		Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento			Código Parentesco	Códigos Parentesco
	F	M			Día	Mes	Año		
									01 Cónyuge 02 Compañera 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 apartes 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, Asofondos 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:
 a. 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
 b. 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 obligo 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, cursátil 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 beneficien como afiliado, a través de medios físicos o virtuales registrados. Si No

Declaro 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: [Firma]
 Firma del afiliado:
 Nombre de asesor Comercial:
 Tipo y Numero de identificación empleador:
 Número de identificación:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación
4002354706

Fecha de Radicación
01/01/2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres RIOS Primer apellido	ARANGO Segundo apellido	RÓDOLFO Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>	8. Número del documento de Identidad 1059787279	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 01/01/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FINM"/> Condición <input type="text" value="TIP"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>	14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 781242	
18. Residencia CL 11 12 1 Dirección		3123225678 Teléfono celular	ND@GMAIL.COM Correo electrónico	
MANIZALES Municipio/Distrito		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Caldas Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de Identidad <input type="text" value=""/>	21. Número documento Identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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 documento de Identidad	26. Número de Identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F M	Condición I P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS CENTRO - VS CENTRO		Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSCENTRO - VSCENTRO	
B			
B			
B			

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 CONSORCIO SANTANDER	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901192193	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CR 20 30 03 OF 702 Dirección	3134754189 Teléfono	JDJQUINERO@HOTMAILS Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito
			Caldas Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y/o corrección datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen
<input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad del pensionado |
|---|--|

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento	42. Fecha <input type="text" value="07/08/2018"/>		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		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.
- Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Rodolfo Pinos Arango</p> <p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Valentina Martínez Grote</p> <p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p>
---	--

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 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 para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión de la unión marital.
- 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordena 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 ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
Observaciones									

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre	
RIOS	ARANGO	RODOLFO		
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1059787279	X	1998 05 05	X	2018 08 08

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.


Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: RODOLFO RIOS ARANGO identificado con el documento de identidad número: 1059787279, autorizo a Salud Total EPS a enviarme información via email y/o medios electrónicos.

na Cotizante: Rodolfo Rios Arango

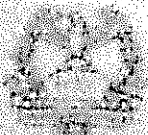
www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Mi salud no es a medias

debe ser total **Salud Total** EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

COMPROBANTE DE DOCUMENTO ENTRANTE



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

* 4 7 9 0 5 6 0 9 *

TIPO DE DOCUMENTO: TI CLASE EXP: PV REC REN

NÚMERO DE IDENTIFICACION: **1.059.784.802**

APELLIDOS: **Guapache Arias**

NOMBRES: **Felipe Alberto**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: **29-05-1988** *Risarald*

LUGAR Y FECHA DE PREPARACION: **01-06-2018** *MUJ*

NÚMERO DE PREPARACION: **1933633**

781.242
 AYUDANTE
 INICIO: 07-08-2018
 AXA COPATRIA
 NIT: 901.192.193
 PORUENIR.

Nueva EPS
 Porvenir.

ARAUCA OK

7 8 10 15

Cayulhe Anis Felipe

Alberto
29 de 1986

Powers 78101 Dia 10 + 91 109
Limpas Caldas 32650011

Colpatria
605

Programa Semanal X 00192193
Dia 10 + 30 03 de 1986 Limpas Caldas 32650011

508
781242

7 8 10 15

Felipe Alberto Cayulhe Valentina Martinez

TELAVI
478

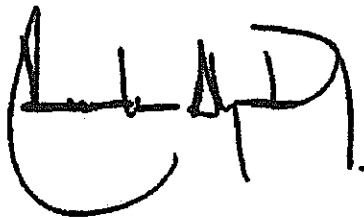
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

porvenir
sólo hay uno

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FELIPE ALBERTO GUAPACHE ARIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,059,784,802**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Agosto de 2018.




Gerente de Clientes

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CÉDULA DE CIUDADANIA

10.200.682

ARANGO

JOSE HERNAN



Jose Hernan Arango



FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1952**

PALESTINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-SEP-1975 PALESTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Jose Hernan Arango*

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0910600-00755252-M-0010200582-20151010 0046907938A 1 5021420327

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite, 2. Tipo de Afiliación, 3. Régimen, 4. Tipo de afiliado, 5. Tipo de cotizante, 6. Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres, 7. Tipo documento de identidad, 8. Número del documento de identidad, 9. Sexo, 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia, 12. Discapacidad, 13. Puntaje SISBÉN, 14. Grupo de población especial, 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL, 16. Administradora de Pensiones, 17. Ingreso base de cotización - IBC, 18. Residencia

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres, 20. Tipo de documento de identidad, 21. Número del documento de identidad, 22. Sexo, 23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres, 25. Tipo de documento de identidad, 26. Número del documento de identidad, 27. Sexo, 28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco, 30. Etnia, 31. Discapacidad, 32. Datos de residencia, 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social, 36. Tipo de documento de identificación, 37. Número de documento de identificación, 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS), 39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad, 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 13. Movilidad, 14. Traslado, 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, 42. Fecha, 43. EPS anterior, 44. Motivo de traslado, 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 autorización del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

medimás EPS RADICADO PARA ESTUDIO EP REGIONAL CALDAS Segundo nombre RICARDO LEÓN GIRALDO TORRES C.C. 75.079.193 ASESOR COMERCIAL DE SOLUCIONES EFECTIVAS S.A.



No. 152220434

152220434

Nit. 800.138.188-1

Ciudad: Medellin Fecha de Solicitud: 03 08 2018
 Día Mes Año

Vinculación inicial Traslado AFP Traslado de régimen
 Traslado de AFP - Pensión Familiar Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Administradora hacia la cual se solicita el traslado: **PROTECCIÓN**
 Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante:

INFORMACIÓN BÁSICA

C.C. R.C. Pasaporte Número documento identidad: 10700652 M F Fecha de nacimiento: 13 07 1957 Colombiano Extranjero
 C.E. T.I. Pasaporte Diplomático

Pais de Nacimiento: Colombia Ciudad: Medellin Departamento: Medellin Fecha expedición: 13 07 1957 Lugar de expedición: Medellin

Primer apellido: Hernando Segundo apellido: Jose Primer nombre: Jose Segundo nombre: Herman

Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización): Medellin Pais de Residencia: Colombia Departamento: Medellin Ciudad: Medellin Teléfono fijo: 4340000

Correo electrónico personal o laboral: medellin33.03 Teléfono celular: 310 330 03 Estado civil: Casado Separado Soltero Viudo Unión libre

Dirección de Oficina: Medellin Ciudad o Municipio: Medellin Departamento: Medellin Teléfono de Oficina: 4340000

Autorizo el envío de información al celular Si No Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico Si No En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física: Residencia Empresa

TIPO DE AFILIADO

Dependiente Independiente Voluntario Asociado Ha cotizado más de 150 semanas en:

Colpensiones (ISS) Cajas Cuál(es):

TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO

Identificación empleador CTA/EAT: 10112193 Número identificación empleador: 10112193 Nombre o razón social: Comercio Sautaudor Tipo empleador: Público Privado

Ciudad o municipio: Medellin Departamento: Medellin Teléfono: 4340000 Dirección correspondencia empleador: Medellin Correo electrónico empleador: medellin33.03

Ocupación o cargo actual: Medellin Profesión: Medellin Integral: Si No Salario mensual: Medellin Fecha ingreso empresa: Medellin

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Sexo		Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento			Código Parentesco	Códigos Parentesco
	F	M			Día	Mes	Año		
									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, Asofondos 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:

a. F 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

b. 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 obligo 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, cursátil 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

Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.

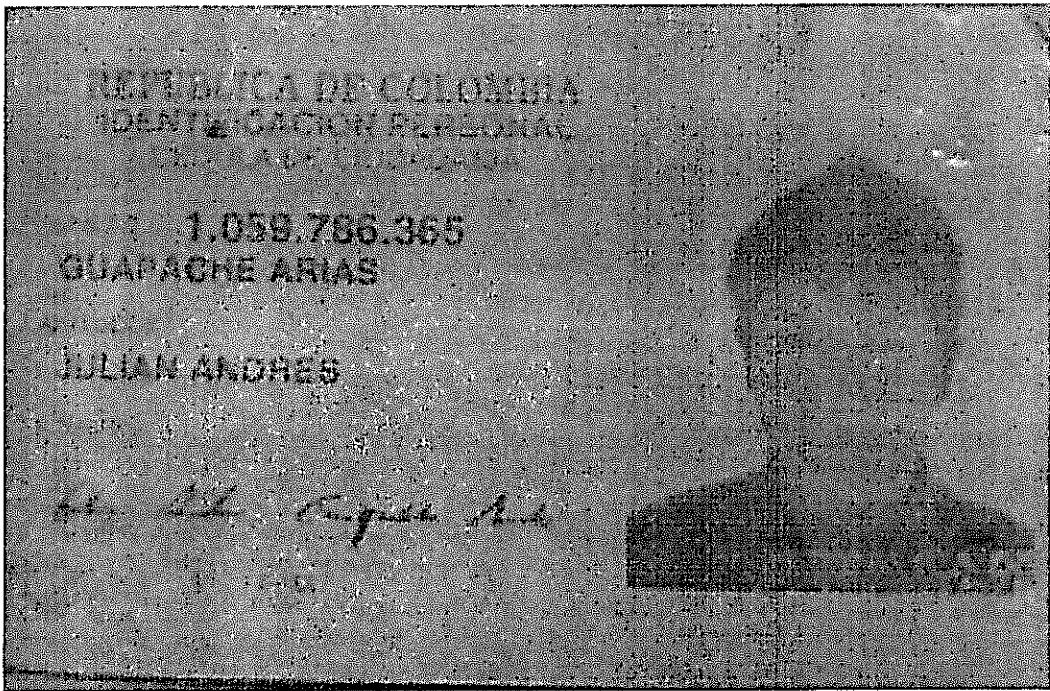
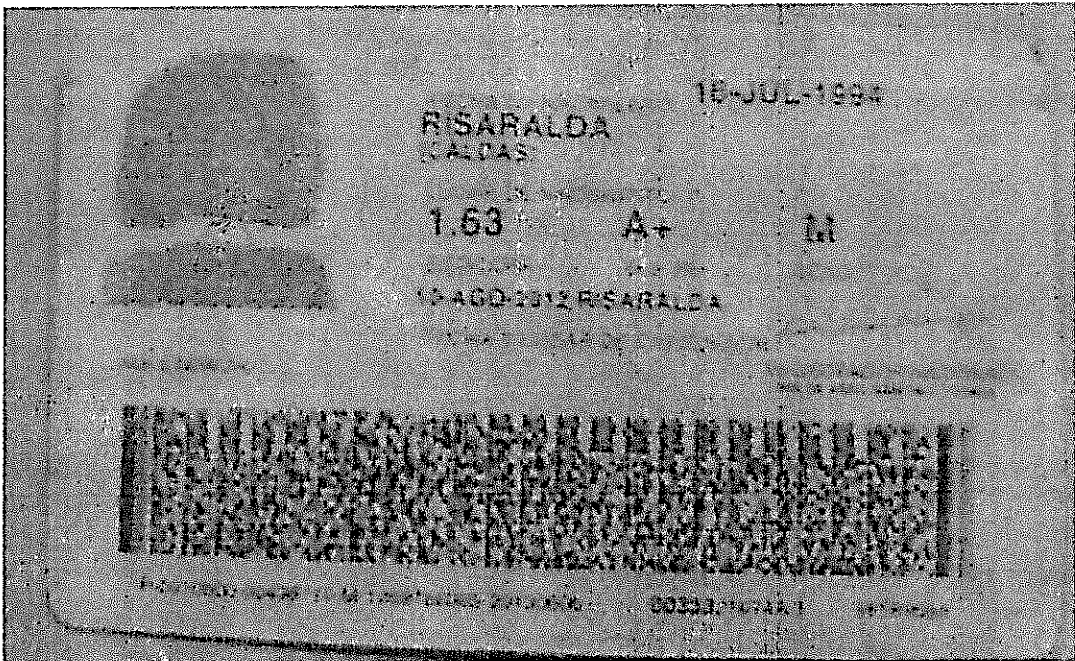
Firma del representante Legal del Empleador: ANA BEATRIZ OCHOA MEJIA

Firma del afiliado: _____

Nombre de asesor Comercial: _____

Tipo y Numero de identificación empleador: _____

Nombre y Número de Identificación: _____



781-242
AYUDANTE
INICIO: 07-08-2018
AXA COUPATRIA
901-192.193
PORVENIR,

EPS: Medimas
Pension: Porvenir

ARAUCA OK

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

Formulario with fields for Tipo de Trámite, Tipo de Afiliación, Tipo de afiliado, Tipo de cotizante, and Régimen.

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

Formulario with fields for Apellidos y nombres, Tipo documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, and Fecha de nacimiento.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Formulario with fields for Etnia, Discapacidad, Puntaje SISBÉN, Grupo de población especial, Administradora de Riesgos Laborales - ARL, Administradora de Pensiones, Residencia, and Ingreso base de cotización - IBC.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Formulario with fields for Apellidos y nombres, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, and Fecha de nacimiento.

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

Table with 5 rows (B1-B5) for beneficiary data, including fields for Apellidos y nombres, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, and Fecha de nacimiento.

Datos complementarios

Table with 5 rows (B1-B5) for complementary data, including fields for Parentesco, Etnia, Discapacidad, and Condición.

Datos de residencia

Table with 5 rows (B1-B5) for residence data, including fields for Municipio/Distrito, Zona, Departamento, Teléfono Fijo y/o celular, and Valor de la UPC del afiliado adicional.

Selección de la IPS Primaria

Formulario with fields for Membro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS and Código de la IPS.

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

Formulario with fields for Nombre o razón social, Tipo de documento de identificación, Número de documento de identificación, Tipo de aportante o pagador de pensiones, Ubicación, Dirección, Teléfono, Correo electrónico, Municipio/Distrito, and Departamento.

40. Tipo de Novedad

Formulario with checkboxes for various types of novelty (e.g., Modificación de datos básicos de identificación, Vinculación a una entidad autorizada, etc.)

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Formulario with fields for Datos básicos de identificación, EPS anterior, Motivo de traslado, and Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Formulario with checkboxes for declarations and authorizations (e.g., Declaración de dependencia económica, Declaración de fuerza mayor, etc.)

medimós RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CALDAS. RICARDO LEÓN GIRALDO TORRES C.C. 75.079.183. ASESOR COMERCIAL DE SOLUCIONES EFECTIVAS SAS

EMPLEADOR

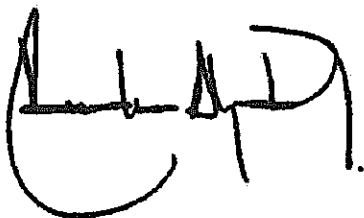
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

porvenir
sólo hay uno

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JULIAN ANDRES GUAPACHE ARIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,059,786,365**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Agosto de 2018.



Gerente de Clientes



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
 Número de documento: 901192193
 Número Afiliación: 239186
 Razón social: CONSORCIO SANTANDER

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
 Número de Documento 9994546
 Nombre: JHON FREDY PEÑA CARDONA
 Fecha Ingreso: 09/08/2018
 Salario básico: 781.242
 Nit empresa en misión: 0
 Código Sucursal: 1
 Centro de trabajo: CTAB 005
 Tasa: 6,960
 Fecha hora transacción: 08/08/2018 05:41:53 p.m.

OK APORTES EN LINEA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación
4002359106

Fecha de Radicación
01/08/2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	- Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Codigo (a registrar por la EPS) 1		

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres PEÑA Primer apellido	CARDONA Segundo apellido	JHON Primer nombre	FREDY Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 9994546	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 01/08/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo ENM	13. Puntaje SISBEN Condición TP	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 781242	
18. Residencia CL 45 10 20 Dirección	8848505 Teléfono fijo	Telefono celular	ND@GMAIL.COM Correo electrónico
CHINCHINA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	CALDAS Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres			
B1	B2	B3	B4
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo N M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS UAB CHINCHINA - UOD CHINCHINA	Código de la IPS (a registrar por la EPS) STCHINCHIN - UODCHINCHI
B	
B	
B	

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 CONSORCIO SANTANDER	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901192193	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CR 20 30 03 OF 702 Dirección	3134754189 Teléfono	JDQUINERO@HOTMAILES Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito
			CALDAS Departamento

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido PEÑA	Segundo apellido (o de casada) CARDONA	Primer nombre JHON	Segundo nombre FREDY
No de identificación 9994546	Tipo de documento X	Fecha de nacimiento 1977-08-09	Sexo X
			Fecha diligenciamiento 2018-08-08


Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X**
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X**
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X**
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X**
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X**

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

Yo: JHON FREDY PEÑA CARDONA identificado con el documento de identidad número: 9994546, **X** autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Jhon Fredy Peña C.
www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser **total** **Salud Total** EPS



Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JHON FREDY PEÑA CARDONA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **9,994,546**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Agosto de 2018.

Gerente de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
CORPORACION NACIONAL
DE SERVICIOS PERSONALES

BOGOTA D.C.
CALLE 100
CORREO 11000

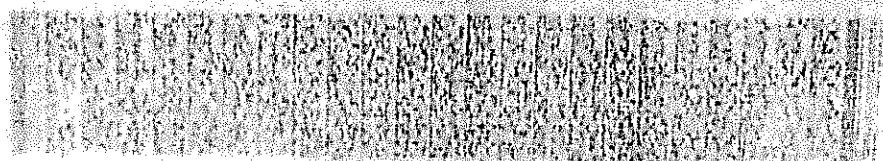


Eps salud total
ARP porvenir
telefono 3234295591
Division Rayon 11 Calle 11 553

FECHA DE NACIMIENTO: 26-AGO-1970
CHINCHINA
(CALDAS)

GRUPO DE SANGRE: 1.67 O+ M

20-MAY-2002 CHINCHINA



781.242
INICIO: 09-08-2018
AYUDANTE
901.192.193

AXA COLPATRIA.
PORVENIR.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación
4002361564

Fecha de Radicación
0 9 0 8 2 0 1 8

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres JIMENEZ Primer apellido	CAICEDO Segundo apellido	JOSE Primer nombre	VICENTE Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 4417154	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 2 6 0 8 1 9 7 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Edad 6	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S A	16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 781242	
18. Residencia CR 11 CON CL 8 55 53 Dirección CANDELARIA Municipio/Distrito	3234295591 Teléfono celular	ND@GMAIL.COM Correo electrónico	
zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	VALLE Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres			
B1	B2	B3	B4
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C FUNDACION EL AMPARO CP - FUNDACION EL AMPARO CP	Código de la IPS (a registrar por la EPS) AMAPARO - AMAPARO
B	
B	
B	

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 CONSORCIO SANTANDER	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901192193	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CR 20 30 03 OF 702 Dirección	3134754189 Teléfono	JDQUINERO@HOTMAIL.ES Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito
			CALDAS Departamento