



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT

Número de documento: 901238159

Número Afiliación: 80096734

Razón social: CONCOL S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA

Número de Documento 1143961441

Nombre: FELIPE PEÑA BURGOS

Fecha Ingreso: 15/07/2025

Salario básico: 1,423,500

Nit empresa en misión: 0

Código Sucursal: 1

Centro de trabajo: 5455901

Tasa: 6.960

Fecha hora transacción: 14/07/2025 08:37:19 a. m.



Servicio Ocupacional de Salud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

L. Datos del trámite

| | | | |
|--|---|--|---|
| 1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <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. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | | 6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> | |
| 7. Código (a registrar por la EPSI) | | | |

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

| | | | |
|---|---|---|--|
| 8. Apellidos y Nombres Primer Apellido Burgos | Segundo Apellido | Primer Nombre Felipe | Segundo Nombre Perú |
| 9. Tipo de Documento de Identidad C | 10. N° de Documento de Identidad 1143961441 | 11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____ |
| 13. Nacionalidad Colombiano | 14. Lugar de nacimiento | 15. Fecha de nacimiento 02/06/1988 | |
| Pais | Departamento | Municipio | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| | | | |
|--|--|---|---|
| 16. Etnia <input type="checkbox"/> | 17. Comunidad <input type="checkbox"/> | 18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: _____ | SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 19. Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Nivel: _____ | 20. Clasificación SISBEN Grupo: _____ | 21. Grupo de Población Especial _____ |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colpatria | 23. Administradora de Pensión _____ | 24. Ingreso Base de Cotización-IBC 51430000 | 25. Tarifa contribución solidaria _____ |

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------|--|
| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
| Departamento | Municipio/Distrito | Liquidad/Comuna | Zona Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/> |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| 27. Apellidos y Nombres Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| 28. Tipo de Documento de Identidad | 29. N° de Documento de Identidad | 30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____ |
| 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento | 34. Fecha de nacimiento 02/06/1988 | |
| Pais | Departamento | Municipio | |

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

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------|--|--|---------------------------------|---|-----------|
| 35. Apellidos y Nombres B1 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | |
| B2 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | |
| B3 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | |
| B4 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | |
| B5 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | |
| 36. Tipo de Documento de Identidad Documento | 37. N° documento de Identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 40. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____ | 41. Lugar de nacimiento País | 42. Fecha de Nacimiento Departamento | Municipio |
| B1 | | | | | Colombia | 02/06/1988 | |
| B2 | | | | | | 02/06/1988 | |
| B3 | | | | | | 02/06/1988 | |
| B4 | | | | | | 02/06/1988 | |
| B5 | | | | | | 02/06/1988 | |

Datos Complementarios del beneficiario

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|--|---|---|---|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> | 49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad _____ | 50. Incapacidad permanente SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

S1. Datos de Residencia

| | | | | | | |
|--------------|----------------------|--------------------|---------------------------|---|-------------|--|
| Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | S2. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPSI) | | |
| B1 | | Cabecera Municipal | Centro poblado | Rural disperso | Resto rural | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Dirección Localidad /Comuna Correo electrónico

| | | | |
|----|--|--|--|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

S3. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

| | |
|----|--|
| C | S4. Código de la IPS (a registrar por la EPSI) |
| B1 | |
| B2 | |
| B3 | |
| B4 | |
| B5 | |

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

| | | | |
|---|--|--|---|
| 55. Nombre o Razón Social COLPATRIA | 56. Tipo de Documento de Identidad NIT | 57. Número de Identificación 901238159-3 | 58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (a registrar por la EPSI) |
| 59. Ubicación Cola 1204N17 | 60. Dirección 30870381 | 61. Departamento Ucalle | Municipio Cola |



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FELIPE PEÑA BURGOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.961.441**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.