

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: ARANGO ARAUJO LUZ KAROL

IDENTIFICACIÓN: CC 29120956

NUMERO DE CONTRATO: 20004536

ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO: ACTIVO

INICIO VIGENCIA: 11/10/2025

FECHA INICIO CONTRATO: 11-10-2025

FECHA FIN CONTRATO: 31-12-2050

TIPO DE TRABAJADOR: Independiente Voluntario

SEDE: CRA 28 B 3 # 27 W 06 2

CLASE: 4

TASA: 4,35

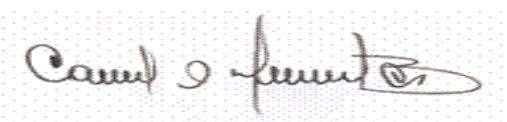
CÓDIGO DE OCUPACIÓN: 8331

DESCRIPCIÓN DE OCUPACIÓN: Conductores de buses microbuses y tranvías

La presente se expide a los 14 días del mes de octubre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ComfenalcoValle
Formulario No. 2318796355418
Fecha de radicación 10/10/2025

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:			Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación <input type="checkbox"/>	B.Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	-Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A.Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
B.Colectiva <input type="checkbox"/>			C.Institucional <input type="checkbox"/>	D.De oficio <input type="checkbox"/>	B.Subsidiado <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante			Código	
A.Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B.Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	C.Beneficiario <input type="checkbox"/>	A.Dependiente <input type="checkbox"/>	B.Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	C.Pensionado <input type="checkbox"/>	registrar por la EPS <input type="checkbox"/> 3

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARANGO	ARAUJO	LUZ	KAROL
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	29120956	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:
Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI
			20/08/1979

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

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nivel III		05 - Población Sisbenizada
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
00-0: Sin ARL	0000: Sin AFP	\$ 1.423.500	
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 58 72 W 15	0	3186357912	LUZKAROLARANGOARAUJO@GMAIL.COM
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
VALLE DEL CAUCA	CALI	8 - COMUNA 8	Cab Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:
Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento
			Fecha de nacimiento

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

No	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
1	ARANGO	ARAUJO	GENESIS	SARITH				
No	Identificación	Nacionalidad	Sexo biológico	Sexo identificación	País nacimiento	Departamento nacimiento	Municipio nacimiento	Fecha nacimiento
1	TI1110302764	COL	Femenino	Femenino	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	18/08/2015

Datos complementarios del Beneficiario

No	Parentesco	Etnia	Comunidad	Grupo población especial	Tiene encuesta	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Discapacidad	Categoría discapacidad
1	Hijo(a) menor de veinticinco (25) años de edad	06 - Otros			NO	No aplica		NO	Ninguna
No	Departamento	Municipio/Distrito			Zona	Teléfono fijo / Celular			Valor UPC Adicional
1	VALLE DEL CAUCA	CALI			Urbana - Cabecera Municipal	0 - 3186357912			\$ 0

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ComfenalcoValle
Formulario No. 2318796355418
Fecha de radicación 10/10/2025

EPS012

No	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
1	KR 28 B 3 72 W 06	0 - SIN LOCALIDAD	LUZKAROLARANGOARAUJO@GMAIL.COM

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
1	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS - KR 8 # 52-164	Sede: 13010
0	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS - KR 8 # 52-164	Sede: 13010

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

Nombre o Razón social		Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
LUZ KAROL ARANGO ARAUJO		CC29120956			
Dirección		Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 58 72 W 15		0	LUZKAROLARANGOARAUJO@GMAIL.COM	CALI	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación
Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior		Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones	
	10/10/2025					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
<input checked="" type="checkbox"/>	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 Decreto 1377 de 2013
<input checked="" type="checkbox"/>	Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ComfenalcoValle
Formulario No. 2318796355418
Fecha de radicación 10/10/2025

EPS012

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



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

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia de documento de identidad	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> SC	Total	<input type="checkbox"/> 0
Cantidad:										
<input type="checkbox"/> Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/> Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital <input type="checkbox"/> Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio <input type="checkbox"/> Copia del dictamen de discapacidad emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres										

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones

Observaciones: La afiliación se realizó por medio de un cargue masivo.

Empresa: Asesor: Rubén Darío Castillo Acosta, Sucursal: Teléfono: Correo Electrónico: rdcastilloa@epsdelagente.com.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ComfenalcoValle e ingresando el código: 5863497F-46B3-4779-A

Url: <https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Pages/CQR.aspx>

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARANGO ARAUJO LUZ KAROL** identificado(a) con **CC** número **29.120.956** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de octubre de 2000 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enumera a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de octubre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>