

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DAIRO LUIS BUENDIA BALLESTA identificado(a) con C.C No. 71.378.859, 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 09 de septiembre del 2021.

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 inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



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



Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 - 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71378859
NOMBRES Y APELLIDOS	Buendía Ballesta,Dairo Luis
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Buendia Ballesta,Dairo Luis, a los 09 días del mes de septiembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

CL 61891641

2011 MAR 14



147842438

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Puente Segundo Apellido: Bailebar Primer Nombre: Dairo Segundo Nombre: Luis					
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad 71378859		9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
10. Fecha de nacimiento 19891989					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	
14. Grupo de población especial					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmenci		16. Administradora de Pensiones Colfondos		17. Ingreso base de cotización - IBC 908526	
18. Residencia Dirección: Providencia #13 A 45 Teléfono Fijo: 4484633					
Teléfono Celular: 2178954325		Correo Electrónico: auxilia-hi@sumontegua.com			
Municipio / Distrito: Cartagena		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		Localidad / Comuna: Providencia Departamento: Bolívar	

Datos Básicos de Identificación de los miembros de la familia afiliada

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:					
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
B1				Femenino Masculino					
B2				Femenino Masculino					
B3				Femenino Masculino					
B4				Femenino Masculino					
B5				Femenino Masculino					

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

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		6316-14008
B		
B		
B		

35. Nombre o razón social: **Integra Kamp**
36. Tipo documento de identificación: **NIT**
37. Número del documento de identificación: **9010209334**
38. Tipo de aportante o pagador de Pensión (a registrar por la EPS):
39. Ubicación Dirección: **Carretera 22 - 11**
Correo Electrónico: **auxiliarios@smantega.com**
Municipio / Distrito: **Medellín**
Departamento: **Antioquia**
Teléfono Fijo: **2246000**

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.
Código:

- ☐ 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.

B. REPORTE DE NOVEDADES

- ☐ 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 Subsidiado
☐ 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.

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido: **Los B.** Segundo Apellido: **Los B.** Primer Nombre: **Los B.** Segundo Nombre: **Los B.**

Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo

Femenino

Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensión

46. 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, que por sus funciones la requieran.
☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas.
☒ 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 Decreto 1377 de 2013.
☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Deiro Luis Bendic Bulterher

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva

Institución o de oficio

Nicho Meth Pootes P.

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad

CN RC TI CC PA CE CD SC

TOTAL

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia del 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 que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 61. Copia de la orden judicial o del 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 dos 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

66. Datos de la Entidad Territorial

Código del Municipio

Código del Departamento

67. Datos del SISBEN

Número de ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS-Sanitas

FECHA DE RADICADO:

FECHA DE VIGENCIA:

2021 SET. 16

FECHA DE PAGO:

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento



147842438

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> C. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <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)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Puente Segundo Apellido: Ballesteros Primer Nombre: Dairo Segundo Nombre: Luis			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CCV PA SC		8. Número del documento de identidad 71378559	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
		10. Fecha de nacimiento 1980/09/19	

DATOS COMPLEMENTARIOS			
11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	
13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmenci		16. Administradora de Pensiones Colfondos	
		17. Ingreso base de cotización - IBC 908526	
18. Residencia Dirección: Pavimentada # 13 A 45 Teléfono Fijo: 4484633			
Teléfono Celular: 31789541325		Correo Electrónico: auxiliarhiesanmontegracia.com	
Municipio / Distrito: Cartagena		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna: Pavimentada Departamento: Magdalena

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: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		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:			

Datos Complementarios				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

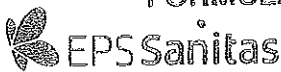
Selección de la IPS Primaria		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		
C		10316-1A008
B		
B		
B		

SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO: 1156484
 RAZON SOCIAL: INTEGRALTRANS GROUP S A S
 IDENTIFICACION: NI 901020834

CAMBIO SEDE

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
79084923	2021-9-13	CC 71378859
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
BUENDIA BALLESTA	DAIRO LUIS	1981-9-18
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CLL NÚMERO 13A45	bellavista	Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CARTAGENA - Bolívar	AUXILIARTH1@SOMOSINTEGRA.COM	4484633
Celular	Sexo	
3178954325	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
CONDUCTOR	\$908,526.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Colpensiones	INTEGRALTRANS	
Clase de riesgo	Tasa de riesgo	Grado
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		Tipo jornada
2021-9-30		ROTATIVA



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación



147842445

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
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)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Buendía Segundo Apellido: Ballaster Primer Nombre: Dairo Segundo Nombre: Luis					
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		8. Número del documento de identidad 71376859		9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 11/09/1981
Datos Personales					
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmena			16. Administradora de Pensiones Colfondos		17. Ingreso base de cotización - IBC 908526
18. Residencia Dirección: Bella Vista # 13 A-45					Teléfono Fijo 4484633
Teléfono Celular 3178954325		Correo Electrónico auxiliarth1@smcomitega.com			
Municipio / Distrito Turbaco		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna Bella Vista		Departamento Bolívar

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre					
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		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			
B1			
B2			
B4			
B5			

Datos Complementarios				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M T P		Urbana Rural		
B2		F N M T P		Urbana Rural		
B3		F N M T P		Urbana Rural		
B4		F N M T P		Urbana Rural		
B5		F N M T P		Urbana Rural		

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

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO: 1156484
RAZON SOCIAL: INTEGRALTRANS GROUP S A S
IDENTIFICACION: NI 901020834

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
78813141	2021-9-13	CC 71378859
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
BUENDIA BALLESTA	DAIRO LUIS	1981-9-18
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CLL NÚMERO 13A45	bellavista	Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CARTAGENA - Bolívar	AUXILIARTH1@SOMOSINTEGRA.COM	4484633
Celular	Sexo	
3178954325	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
CONDUCTOR	\$908,526.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Colpensiones	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
4.35	4	50
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2021-9-13	ROTATIVA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

CONSULTA GRUPO FAMILIAR TRABAJADOR

Documento Trabajador : 71378859



Empresa : INTEGRAL TRANS GROUP S.A.S.

**INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR**

Identificación	Tipo Id	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
71378859	CC	BUENDIA	BALLESTA	DAIRO	LUIS

Fecha Nacimiento	Estado	Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Ingreso Empresa	Salario	Fecha Carnetización
1981/09/18	Pendiente aprobacion	2021/09/14		2021/09/13	908526	

35. Nombre o razón social Integra Trans		36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		37. Número del documento de identificación 901020834		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección Cra 80 CH 33-11		Municipio / Distrito Medellín		Departamento Antioquia		Teléfono Fijo 998 9893	
Correo Electrónico auxilioth1@smontegra.com							

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<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"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen	
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante		
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.		
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado		
<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			

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
		Fecha de nacimiento	42. Fecha 13/09/2021
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones Compensalco.

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.	
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
<input type="checkbox"/> 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 Decreto 1377 de 2013.	
<input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Deiroi Iers Brenda B		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio Maria Velez Restrepo P.C.	
---	--	---	--

56. Anexo copia del documento de identidad:		CN RC TI CC PA CE CD SC	TOTAL
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.			
<input type="checkbox"/> 58. 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"/> 59. 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"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.			
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.			
<input type="checkbox"/> 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 dos padres.			
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.			
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
<input type="checkbox"/> 65. 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.			

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número de ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación		Primer Apellido		Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad		71. Firma del Funcionario			

Observaciones:



Comfenalco

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO-ANDI

COMFENALCO - CARTAGENA

NIT 890.480.023-7

N° 775973

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REGISTRO, APORTES Y SUBSIDIO

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **DAIRO LUIS BUENDIA BALLESTAS**, identificado con cédula de ciudadanía N° 71.378.859, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar desde el 18 de abril de 2023, a través de la empresa **INTEGRALTRANS GROUP S.A.S.**, identificada con Nit 901.020.834-1, con el siguiente grupo familiar:

N	Tipo	Num. Identificacion	Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Afiliacion
1	CC	22.999.933	HEIDY PATRICIA ARRIETA ARELLANO	CÓNYUGE - COMPAÑERA	2023-04-18
2	TI	1.201.214.479	JUAN DIEGO BUENDIA ARRIETA	HIJO	2023-04-18
3	RC	1.043.981.004	DAIRO DE JESUS BUENDIA GOMEZ	HIJO	2023-04-18

Estado Afiliado: **ACTIVO**

Categoría: **A**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para los fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Cartagena de Indias, el día 25 del mes de abril de 2023.

Ricardo de J. Isaza Pareja

Jefe de Departamento de Registro, Aportes y Subsidio

Comfenalco - Cartagena

CARTAGENA Principal: Zaragocilla Diag. 30 No. 50-187, | **CENTROS INTEGRALES DE SERVICIO AL CLIENTE. CIS Los Ejecutivos:** C.C. Los Ejecutivos Bloque B, local 26. **CIS La Matuna:** Centro, Avenida Venezuela C.C. La Cascada, local 8-02. **CIS BOSQUE:** C.C. Outlet del Bosque. **CIS MAMONAL:** Centro Empresarial Comfenalco Parque Industrial - Parquiamérica, Zona Industrial de Mamonal, Kilómetro 6. **REGIONALES. Turbaco:** Av. Pastrana Cra. 15 No. 19-33. **Magangué:** Av. Colombia, calle 16 No. 13-45, barrio Montecarlo. **Carmen de Bolívar:** Cra. 51 #22-09, Piso 1, local 4, barrio Centro. **PBX:** (575) 672 38 00. **FAX:** 672 38 05.