



## 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](http://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



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 Buendía 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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Vivenda		Ballestas	Laura	Jesús
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	
CN TI CE CD RC CC PA SC	712749559	Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	196091981

Datos Personales		12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
11. Etnia	Tipo F N M Condición T P			
Olmenci				
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC		
Olmenci	Colfondos	909526		

18. Residencia	Dirección			
Providencia # 13 A 45				
Teléfono Celular	Correo Electrónico	Teléfono Fijo		
21789541325	auxiliar@tesoncontenidos.com	9484633		
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento	
Cardenalci	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Providencia	Santiago	

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino	Masculino	1960 09 19 81

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	1960 09 19 81	
B2		Femenino	1960 09 19 81	
B3		Femenino	1960 09 19 81	
B4		Femenino	1960 09 19 81	
B5		Femenino	1960 09 19 81	

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)		
	Tipo Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
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					10316-14002
C					
B					
B					
B					

35. Nombre o razón social <i>Ingeniería Montañez</i>	36. Tipo documento de Identificación NIT CG PA CD	37. Número del documento de Identificación <i>901020324</i>	38. Tipo de aportante o pagador de la EPS (a registrar por la EPS)												
39. Ubicación Dirección <i>Cra 80 # 22-11</i>	Correo Electrónico <i>auxiliar1@ingenieriamontanez.com</i>	Municipio / Distrito <i>Medellín</i>	Departamento <i>Antioquia</i>												
40. Teléfono Fijo <i>22462525</i>															
<b>B. REPORTE DE NOVEDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.</li> <li><input type="checkbox"/> Código _____</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.</li> </ul>															
<b>41. Datos básicos de identificación</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Primer Apellido</th> <th>Segundo Apellido</th> <th>Primer Nombre</th> <th>Segundo Nombre</th> </tr> <tr> <td><i>Alvaro</i></td> <td><i>Luis</i></td> <td><i>Alvaro</i></td> <td><i>Alvaro</i></td> </tr> <tr> <td>CN RC</td> <td>TI CC</td> <td>CE PA</td> <td>CD SC</td> </tr> </table>				Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	<i>Alvaro</i>	<i>Luis</i>	<i>Alvaro</i>	<i>Alvaro</i>	CN RC	TI CC	CE PA	CD SC
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre												
<i>Alvaro</i>	<i>Luis</i>	<i>Alvaro</i>	<i>Alvaro</i>												
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC												
<b>42. Fecha</b> <i>13/09/2012</i>															
<b>43. EPS anterior</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2"><b>44. Motivo de traslado</b> Código _____</td> <td rowspan="2"><b>45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones</b> <i>Compañero</i></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><b>46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.</b></td> <td><b>47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.</b></td> <td><b>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.</b></td> <td><b>49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.</b></td> </tr> </table>				<b>44. Motivo de traslado</b> Código _____	<b>45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones</b> <i>Compañero</i>					<b>46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.</b>	<b>47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.</b>	<b>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.</b>	<b>49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.</b>		
<b>44. Motivo de traslado</b> Código _____	<b>45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones</b> <i>Compañero</i>														
		<b>46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.</b>	<b>47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.</b>	<b>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.</b>	<b>49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.</b>										
<b>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.</b>															
<b>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.</b>															
<b>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.</b>															
<b>53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.</b>															
<b>54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2"><b>55. El empleador/ aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva</b> <i>Nicola Mirella Rojas P.</i></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><b>56. Anexo copia del documento de identidad:</b> Cantidad _____</td> <td>CN RC</td> <td>TI CC</td> <td>CE PA</td> <td>CD SC</td> </tr> </table>				<b>55. El empleador/ aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva</b> <i>Nicola Mirella Rojas P.</i>					<b>56. Anexo copia del documento de identidad:</b> Cantidad _____	CN RC	TI CC	CE PA	CD SC		
<b>55. El empleador/ aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva</b> <i>Nicola Mirella Rojas P.</i>															
	<b>56. Anexo copia del documento de identidad:</b> Cantidad _____	CN RC	TI CC	CE PA	CD SC										
<b>57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.</b>															
<b>58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.</b>															
<b>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.</b>															
<b>60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.</b>															
<b>61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.</b>															
<b>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.</b>															
<b>63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</b>															
<b>64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</b>															
<b>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.</b>															
<b>66. Identificación de la Entidad Territorial</b> Código del Municipio _____ Código del Departamento _____															
<b>67. Datos del SISBÉN</b> Número de ficha _____ Puntaje _____ Nivel _____															
<b>68. Fecha de Radicación</b> <i>13/09/2012</i>															
<b>69. Fecha de Validación</b> <i>20/1 SET 13</i>															
<b>70. Datos del funcionario que realiza la validación</b> Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____															
<b>71. Firma del Funcionario</b> <i>EPS Sanitas</i>															
<b>FECHA DE RADICADO:</b> <i>13/09/2012</i>															
<b>FECHA DE VIGENCIA:</b> <i>20/1 SET 13</i>															
<b>FECHA DE PAGO:</b> <i>13/09/2012</i>															
<b>Observaciones:</b> <p>Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.</p>															
<b>Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial</b> <i>Alvaro Luis Bondia Ballesteros</i>		<b>Sello de Radicación</b> 	<b>Sticker procesamiento</b> 												

CL 61801641

147842438

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

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen									
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional		B. De Oficio C. Institucional									
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		3. Régimen									
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado									
C. Beneficiario						C. Pensionado		(a registrar por la EPS)					
A. AFILIACIÓN													
B. DATOS PERSONALES													
6. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre							
Primer Apellido		Bullas		Daria		Luis							
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento							
CN TI CE CD RC CC PA SC		713746559		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO													
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial							
Tipo F N M Condición T P													
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC									
Olmena		Olindos		908526									
D. DATOS DE RESIDENCIA													
18. Residencia Dirección		19. Domicilio		20. Teléfono Fijo									
Domicilio # 13 A 45				4484633									
Teléfono Celular		Correo Electrónico											
217591541325		cuxilca@resonantegui.com											
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento							
Cartagena		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		Providencia		Bogotá							
E. 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		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento							
CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
F. 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													
G. DATOS COMPLEMENTARIOS													
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco					
B1				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
B2				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
B3				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
B4				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
B5				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10/09/1981							
H. DATOS DE RESIDENCIA													
30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)							
B1		Tipo F N M Condición T P		Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o Celular			
B2						Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>							
B3						Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>							
B4						Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>							
B5						Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>							
I. 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										10316-1A003			
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

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.

147842445

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

1. Tipo de Trámite A. Afilación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado A. Colizante <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 <b>Buendia</b> Segundo Apellido <b>Ballaster</b>		Primer Nombre <b>Dairo</b>	Segundo Nombre <b>José</b>
7. Tipo de documento de Identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad <b>71376859</b>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <b>11/09/1981</b>

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 <b>Colmena</b>	16. Administradora de Pensiones <b>COLPENSIONES</b>	17. Ingreso base de cotización - IBC <b>908526</b>
---	--	---

18. Residencia Dirección <b>Bella Vista # 13 A 45</b>	Teléfono Fijo <b>4484633</b>
---	---------------------------------

Teléfono Celular <b>3176954325</b>	Correo Electrónico <b>auxiliarath10.smc@integral.com</b>		
Municipio / Distrito <b>Turbo</b>	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna <b>Bella Vista</b>	Departamento <b>Bogotá</b>

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente colizante			
---	--	--	--

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 <b>B1</b>	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
<b>B2</b>			
<b>B3</b>			
<b>B4</b>			
<b>B5</b>			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
<b>B1</b>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>B2</b>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>B3</b>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>B4</b>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>B5</b>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

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)
<b>B1</b>	<b>F N M T P</b>		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
<b>B2</b>	<b>F N M T P</b>		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
<b>B3</b>	<b>F N M T P</b>		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
<b>B4</b>	<b>F N M T P</b>		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
<b>B5</b>	<b>F N M T P</b>		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			

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



### REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

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

#### INGRESO DE TRABAJADOR

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

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 <b>Integra Trans</b>	36. Tipo documento de Identificación NIT CC X TI PA	37. Número del documento de Identificación CE CD 901020834	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
---	---	--	--

39. Ubicación Dirección <b>Cra 80 C# 23 - 11</b>	Correo Electrónico <b>auxiliarth1@simontrans.com</b>	Municipio / Distrito <b>Medellín</b>	Teléfono Fijo <b>998 4500</b>
		Departamento <b>Antioquia</b>	

### 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.
- 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

#### 41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de Identidad CN RC TI CC CE PA CD SC		Número del documento de Identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha 13092021
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones <b>Confederal</b>		

#### VINCULACIÓN Y AFILIACIÓN

- 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 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.
- 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

<b>Daniel Jésus Bondía B</b>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio <b>Nena Wellness P</b>
------------------------------	---

- 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad **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. 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 dia 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 Dílag. 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. Turbo; 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.

VIGILADO SuperSubsidio