

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nº 28830265

Fecha de Radicación

1 4 0 1 2 0 2 2

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 A. Individual: Cotizante 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 C. 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) 01	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres MURILLO Primer apellido		MURILLO Segundo apellido		EDWIN Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 94526298		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 2 5 1 0 1 9 7 8	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 0 6		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN 0 0		14. Grupo de población especial 0 0	
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL SEGUROS DE VIDA SURAMERIC		16. Administradora de Pensiones 002 / PROTECCION		17. Ingreso base de Cotización - IBC 1,000,000			
18. Residencia CL 34 # 83 C 29 APT 3 Dirección		4465352 Teléfono fijo		Teléfono Celular		mydasesoriasintegrals@gmail.com Correo electrónico	
76001 / SANTIAGO DE CALI Municipio/Distrito		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		76 / VALLE 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 Primer nombre Segundo nombre	
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 D D M M A A A A	

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. Numero del documento de identidad	
B1 B2 B3 B4 B5		27. Sexo Femenino Masculino	
B1 B2 B3 B4 B5		28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentescos		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 Telefonofijo 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 los Servicios de Salud - IPS C MEDICIPS CENTRO ESPECIALISTAS CALI P P R Rio Ips - P P R		Código de la IPS (a registrar por la EPS) 10103370 10100736	
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 M Y D ASESORIA INTEGRAL S		36. Tipo de documento de identificación NI		37. Número del documento de identificación 901158162		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 0 1	
39. Ubicación 0 Dirección		0 Teléfono		mydasesoriaintegral@gmail.com Correo electrónico		SANTIAGO DE CALI VALLE Municipio/Distrito Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES																					
40. Tipo de Novedad <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <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 style="width: 50px;" 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 checked="" 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. </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de un 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 de Pensionado </div> </div>																					
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																					
41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Segundo nombre</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Tipo documento de Identidad</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Número documento de Identidad</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha de nacimiento D D M M A A A A</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">43. EPS anterior</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">44. Motivo de traslado Código <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input style="width: 50px;" type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones							
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																		
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A																		
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input style="width: 50px;" type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																			
42. Fecha 1 4 0 1 2 0 2 2																					
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" 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 acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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.																					
VIII. FIRMAS <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio</td> </tr> </table>				54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																				
IX. ANEXOS <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">Total</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <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				CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total													
0	0	0	0	0	0	0	0	0													
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio Código del departamento</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">68. Fecha de radicación D D M M A A A A</td> <td style="width: 19%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">69. Fecha de validación D D M M A A A A</td> </tr> </table>				66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A														
66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A																		
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Segundo nombre</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Tipo documento de Identidad</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Número documento de Identidad</td> <td colspan="2" style="width: 34%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">71. Firma del funcionario</td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	71. Firma del funcionario											
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																		
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	71. Firma del funcionario																			
Observaciones: _____ Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td>¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿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?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table>					SI	NO	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	()	()	¿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?	()	()	¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	()	()	¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	()	()	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	()	()
	SI	NO																			
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	()	()																			
¿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?	()	()																			
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	()	()																			
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	()	()																			
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	()	()																			

Medellín, 14 de enero de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

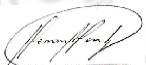
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de M Y D ASESORIA INTEGRAL SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000004 RIESGO 4		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4,35 %
C94526298	MURILLO MURILLO EDWIN	15/01/2022		19718816	DEPENDIENTE

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/01/2022 15:53:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.159.138.204, 198.143.41.6, 172.16.42.57