

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143961441	FELIPE PEÑA BURGOS		calle 12n 4n03	3113101682	papeleria2020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS    UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1            0
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89073780	TOTAL A PAGAR
					\$233.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	89.000	0		0		0	0	0	0	89.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	113.900	0	0	0	0	0	0		113.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.000				31.000	0	0	31.000			310	31.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	89.000	89.000
Pensión	1	113.900	113.900
Riesgos Laborales	1	31.000	31.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	233.900	233.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143961441	FELIPE PEÑA BURGOS		calle 12n 4n03	3113101682	papeleria2020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89073780	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$233.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	1143961441	PEÑA BURGOS FELIPE	57	0			N	X																	230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS018	711.750	89.000	14-11	711.750	4	31.000		0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 18 de septiembre de 2025

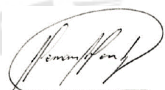
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANDRES FELIPE ANGULO TRUJILLO identificado(a) con C1112481306 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11124813062526129766

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Radicado: 0012744923



## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

16 09 2025

## I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
	B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>			- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Institucional <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 type="checkbox"/>	B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)	

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	ANGULO	TRUJILLO	ANDRES	FELIPE			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
7. Tipo de documento de identidad	CEDULA	8. Número del documento de identidad	112481306	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	06 04 1994

## III - DATOS COMPLEMENTARIOS

## Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad	Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA	16. Administradora de Pensiones	PROTECCIÓN	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500		
18. Residencia	KRA 51A SUR EDIFICIO 07 BLOQUE 20 APTO 201	Teléfono Fijo	NO TIENE FIJO	Teléfono Celular	301 632 30 43	Correo Electrónico	01ANGULO02@GMAIL.COM
Municipio / Distrito	JAMUNDI	Zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	CIUDADELA TERRANOVA	Departamento	VALLE

## 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		3016323043				
	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	DD MM AAAA

## 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. Número documento de identidad	27. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento	DD MM AAAA
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

## Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F N M	T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

## 32. Datos de residencia

Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.R.S.)
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

## Selección de la I.R.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.R.S.)
C	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.R.S.)		
ANDRES FELIPE ANGULO TRUJILLO	C C	1.112.481.306			
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KRA 51A SUR	EDIFICIO 07 BLOQUE 20 APTO 201	3016323043	01ANGULO02@GMAIL.COM	JAMUNDI	VALLE



## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación 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  
☐ 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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

## 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Radicación	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						42. Fecha 1 6 0 9 2 0 2 5	
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

## VII. 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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud  
☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Andres Angulo Trujillo

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad  
 Cantidad  CN  RC  TI  CC  CE  PA  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 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 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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de Radicación <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <input type="text"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>		71. Firma del funcionario			

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Sticker procesamiento

C.C. No.

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

## Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANGULO TRUJILLO ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.112.481.306** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre 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](http://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/>