

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total**  
EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

D D M M A A A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	B. Subsidado <input type="checkbox"/>
C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	
D. De oficio <input type="checkbox"/>	D. Dependiente <input type="checkbox"/>	
	E. Independiente <input type="checkbox"/>	
	F. Pensionado <input type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Alvarez Hernandez Roberto Jose	<input type="checkbox"/>	73.168.043	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	04/02/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
Sura	Protección	1.000.000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Correo electrónico	21. Localidad/Comuna
Urb Villa grande de indias etapa 2 m2101111	316385246	myclasesocialintegral@gmail.com	Bolívar
Carlagena			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A A A

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
B1			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A A A
B2				D D M M A A A A A A
B3				D D M M A A A A A A
B4				D D M M A A A A A A
B5				D D M M A A A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPE del afiliado adicional
		Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento Teléfono fijo y/celular	(A registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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	
B	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de prestaciones (a registrar por la EPS)
MD Asesorías Integral Sas	NIT	901158162	
39. Ubicación	Teléfono	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 30N #26N-42	3015005488	Cali	Valle

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE

M-PYSA-F009 V 2.0-2020

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

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

### B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	42. Fecha <input type="text"/>
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>		

### 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, 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 vigentes 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.

### VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: *Roberto Alvarez*

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva: *[Firma]*

M Y D  
Asociación Mutualista S.A.S.  
NIT 901.158.162-2  
AFILIACIÓN

### IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC

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.

### 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 del 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"/>
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <i>[Firma]</i>	

OBSERVACIONES:

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

ORIGINAL EPS  
COPIA APORTANTE

M PYGA-F001 V 2.0-2020



# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALVAREZ HERNANDEZ ROBERTO JOSE** identificado(a) con CC número **73.168.043** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de mayo de 2001 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de febrero de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
 Equipo Gestión de Operaciones.

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:  
 Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**  
 Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**  
[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2022020716511

Medellín, 14 de febrero 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: 0000000005 RIESGO 5		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C73168043	ALVAREZ HERNANDEZ ROBERTO JOSE	15/02/2022		P2142S94	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 14/02/2022 14:41:37 .  
 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, 192.230.104.8, 172.16.42.57