

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Página 1 de 2

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

Fecha de Radicación

0000000000

| | | | |
|--|--|--|--|
| I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) | | | |
| 1. Tipo de trámite | | 2. Tipo de Afiliación | |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> | | A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | |
| B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | | B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> | |
| 4. Tipo de afiliado | | 5. Tipo de cotizante | |
| A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> | |
| | | Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/> | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| A. AFILIACIÓN | | | |
| II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) | | | |
| 6. Apellidos y nombres | | 7. Tipo de documento de identidad | |
| Primer apellido: Rusinque | | Segundo apellido: Leon | |
| Primer nombre: Fredy | | Segundo nombre: | |
| 8. Número del documento de identidad | | 9. Sexo | |
| 93793427 | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | 10. Fecha de nacimiento | |
| | | 24/01/1970 | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| III - DATOS COMPLEMENTARIOS | | | |
| Datos personales | | | |
| 11. Etnia | | 12. Discapacidad | |
| <input type="checkbox"/> | | Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P | |
| 13. Puntaje SISBÉN | | 14. Grupo de población especial | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | | 16. Administradora de Pensiones | |
| Axa Colpatría | | Porvenir | |
| 17. Ingreso Base de Cotización - IBC | | 18. Residencia | |
| 1000000 | | Dirección: Calle 79 #41-94 | |
| | | Teléfono Fijo: 5929540 | |
| | | Teléfono Celular: 3208422155 | |
| | | Correo Electrónico: | |
| Municipio / Distrito: Medellín | | Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | |
| Localidad / Comuna: Planique | | Departamento: Antioquia | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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 | | 20. Tipo de documento de identidad | |
| Primer apellido: Rusinque | | Segundo apellido: Granda | |
| Primer nombre: Panna | | Segundo nombre: Sofia | |
| 21. Número del documento de identidad | | 22. Sexo | |
| 1022005991 | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| | | 23. Fecha de nacimiento | |
| | | 00/00/0000 | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales | | | |
| 24. Apellidos y nombres | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | |
| B1 Rusinque | | B2 Granda | |
| B3 | | B4 | |
| B5 | | B6 | |
| 25. Tipo de documento de identidad | | 26. Número documento de identidad | |
| B1 <input type="checkbox"/> | | 1022005991 | |
| B2 <input type="checkbox"/> | | | |
| B3 <input type="checkbox"/> | | | |
| B4 <input type="checkbox"/> | | | |
| B5 <input type="checkbox"/> | | | |
| 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento | |
| Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | | 24/01/2010 | |
| | | 00/00/0000 | |
| | | 00/00/0000 | |
| | | 00/00/0000 | |
| | | 00/00/0000 | |

| | | | |
|-----------------------|--|-----------|--|
| Datos complementarios | | | |
| 29. Parentesco | | 30. Etnia | |
| B1 Hija | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |
| 31. Discapacidad | | Tipo | |
| | | F N M T P | |

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| 32. Datos de residencia | | | |
| Municipio / Distrito | | Zona | |
| Medellín | | Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | |
| Departamento | | Teléfono fijo y/o Celular | |
| Antioquia | | 5929540 | |
| B1 | | B2 | |
| B3 | | B4 | |
| B5 | | B6 | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Selección de la I.P.S. Primaria | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) | |
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) | |
| C | | | |
| 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 | |
| Dieservicios SAS | | N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 37. Número del documento de identificación | | 38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.) | |
| 900885277 | | | |
| 39. Ubicación | | Municipio / Distrito | |
| Cra 92 #44B-30 | | Medellín | |
| Departamento | | Antioquia | |

B. REPORTE DE NOVEDADES**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 13/10/2023 | |
| 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

Freddy Rosique

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

Juan Daniel Garcia.

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 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 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 DD MM AAAA <input type="text"/> | 69. Fecha de Validación DD MM AAAA <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"/> | | | |
| Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Número del documento de identidad <input type="text"/> | | 71. Firma del funcionario <input type="text"/> | |

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.



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900885277
Número Afiliación: 245290
Razón social: DIESERVICIOS SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 93378427
Nombre: FREDY RUSINQUE LEON
Fecha Ingreso: 14/10/2022
Salario básico: 1,000,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 0 001
Centro de trabajo: 0 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 13/10/2022 4:54:18 PM



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY RUSINQUE LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.378.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y / O PERSONAS A CARGO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

FORMULARIO: 33132736

FECHA INGRESO: 2022/10/13

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| | | |
|-------------|-------|------------------|
| Doc Empresa | Sucur | Razón Social |
| 900885277 | 0 | DIESERVICIOS SAS |

DATOS DE TRABAJADOR

| | | | | | |
|------------|---------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| Tipo Id | Doc Identidad | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| CC | 93378427 | RUSINQUE | LEON | FREDY | |
| Fecha Nac | Sexo | Estado Civil | Nivel Educativo | Centro de Costos | Fecha Ing Emp |
| 1970/01/24 | M | SOLTERO | BTO.COMPLETO | 0 | 2022/10/13 |

| | | | | |
|------------------|--------------|-----------------|-----------|-----------|
| Horas Trabajadas | Tipo Salario | Salario Mensual | Cargo | Profesión |
| 240 | FIJO | 1000000 | CONDUCTOR | |

Correo electrónico

Autoriza envío de información

| | | | | |
|---------------|-------------------|---------|---|-----------------|
| Tipo Contrato | Fecha Terminación | Celular | Empresa con quien trabaja simultáneamente | Salario Mensual |
| INDEFINIDO | | | Nombre Empresa | 0 |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|-------------------------|-----------------|--------|----------|
| Dirección de Residencia | Departamento | Municipio de Residencia | Barrio | Sector | Teléfono |
| CL 79 41 84 | ANTIOQUIA | MEDELLIN | MANRIQUE CENTRA | U | 0 |

| | | | | | |
|------------------------|--------------|------------------------|------------|--------|----------|
| Dirección donde labora | Departamento | Municipio donde labora | Barrio | Sector | Teléfono |
| KR 92 44 B 34 | ANTIOQUIA | MEDELLIN | LA AMERICA | U | 4440548 |

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------|---------------------|
| Administradora de Fondo de Pensiones | Administradora de Riesgos laborales | E.P.S. | Vive en Casa Propia |
| PORVENIR | COLPATRIA S.A. | EPS SANITAS | NO |

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIANDO

| | | | | | | | |
|--------------|-------------|------|--------|--------------|---------|-------|---------------|
| Primer Apell | Segun Apell | Sexo | Parent | Tipo Discap. | % Disca | Ocupa | Subsidio |
| Primer Nomb | Segun Nomb | | | | | | |
| RUSINQUE | GRANDA | F | H | | 0 | O | PARA ANALIZAR |
| DANNA | SOFIA | | | | | | |

Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados en otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

PENDIENTE POR AUTORIZAR DOCUMENTOS