

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4009698142

Fecha de Radicación
0 2 0 2 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3.Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B.Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	A.Contributivo <input type="checkbox"/> B.Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres	MESA Primer apellido	ROLDAN Segundo apellido	JUAN Primer nombre	ESTEBAN Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	CC	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
		8163336	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	0 2 0 4 1 9 8 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales	11.Etnia <input type="text" value="6"/>	12.Discapacidad <input type="text" value="FNM"/>	Condicion <input type="text" value="TP"/>	13.Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14.Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PROTECCION	1160000
18.Residencia	CR 65E 24 20 Direccion	Telefono fijo <input type="text"/>	3042558034 Telefono celular <input type="text"/>	MESATOMAS549@GMAIL.COM Correo electronico <input type="text"/>	ANTIOQUIA Departamento <input type="text"/>
Municipio/Distrito <input type="text" value="MEDELLIN"/>	zona <input type="text" value="Urbana"/>	<input type="checkbox"/> Rural	Localidad / comuna <input type="text"/>		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos	Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad <input type="text"/>		22. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
B1 B2 B3 B4 B5				
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad <input type="text"/>	27. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
B1 B2 B3 B4 B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición
B1 B2 B3 B4 B5		Type <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	T P

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito <input type="text"/>	Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Departamento <input type="text"/>	Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1 B2 B3 B4 B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	VS TRANVIA - VS TRANVIA	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) VSTRANVIA - VSTRANVIA
C B B B	- - - -	- - - -

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social SOLUCIONES EFEKTIVAS SAS	36. Tipo de identificación <input type="text"/>	37. Numero de docuemnto de Identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01
CL 30 77 93 Dirección <input type="text"/>	NIT <input type="text"/>	900473110	
5899994 Teléfono <input type="text"/>	SOLUCIONESEFEKTIVA@HOTMAIL.COM Correo electrónico <input type="text"/>	MEDELLIN Municipio/distrito <input type="text"/>	ANTIOQUIA Departamento <input type="text"/>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código:

6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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 Subsidio
 14. Traslado: A. Misma 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42.Fechar 0 2 0 2 2 0 2 3
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 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 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 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 celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

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 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Departamento					
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido			Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario			
Observaciones					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MESA ROLDAN JUAN ESTEBAN** identificado(a) con CC número **8.163.336** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de febrero de 2023.

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

202302021308

Medellín, 02 de febrero de 2023

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 SOLUCIONES EFEKTIVA S. A. S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0004641101 CONDUCTOR				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C8163336	MESA ROLDAN JUAN ESTEBAN	03/02/2023		41208xc1	DEPENDIENTE	POR INICIAR
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 02/02/2023 13:10:24.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.29.197.88, 192.230.104.12, 172.16.42.57