

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



No de Radicacion
4013451348

Fecha de Radicación
2 1 1 1 2 0 2 4

**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 afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3.Regimen I. Contributivo <input 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"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	
		Código (a registrar por la EPS)	1

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

6.Apellidos y nombres QUINTERO Primer apellido	ECHAVARRIA Segundo apellido	MARITZA Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de identidad CC	8.Número del documento de Identidad 43100632	9.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10.Fecha de nacimiento 0 2 1 0 1 9 7 7

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales 11.Etnia <input type="checkbox"/>	12.Discapacidad Categoria: Condicion <input type="checkbox"/> T P	13.Puntaje SISBEN <input type="checkbox"/>	14.Grupo de población especial 0
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SURAMERICANA	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000	
18.Residencia Direccion BELLO Municipio/Distrito	Telefono fijo zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/>	3009615070 Telefono celular Rural dispersa <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	NEVERZUNIGA@GMAIL.COM Correo electronico 57 ANTIOQUIA Localidad / comuna Departamento

**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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres s Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1 B2 B3 B4 B5			
25. Tipo documento de identidad B1 B2 B3 B4 B5	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discapacidad	Condición 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 EPS)
	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural			
B1 B2 B3 B4 B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS UAB JUNIN - SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA	D	Código de la IPS(a registrar por la EPS) VSJUNIN - SOMERODON
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 DIEGO ALEXANDER ARANGO	36. Tipo de identificación CC	37. Número de documento de Identificación 70786976	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CL 37B SUR 27E 90 CA63 Dirección	3152804267 Teléfono	SERVICIOSYSOLUCIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	ENVIGADO Municipio/distrito
39.Ubicación			ANTIOQUIA Departamento

## 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. 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 del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones <input type="text"/>	
		42.Fecha 2 2 1 1 2 0 2 4	

## 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.  TL.  CC.  PA.  CE.  CD.  SC.   
Cantidad:          Total:  0
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 <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número 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"/>	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>

## 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 información registrada.

Medellín, 21 de November de 2024

## 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 ARANGO ARANGO DIEGO ALEXANDER.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA				Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
C43100632	QUINTERO ECHAVARRIA MARITZA	22/11/2024		23745164	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 21/11/2024 14:29:29 .

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

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

Dirección IP: 201.221.176.6, 198.143.41.18, 172.16.42.57

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **QUINTERO ECHAVARRIA MARITZA** identificado(a) con CC número **43.100.632** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de mayo de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de noviembre de 2024.

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:

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)

2024112114335