

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4013451348

Fecha de Radicación

21/11/2024

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 de afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> | | 3. Régimen A. Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <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"/> | | 6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/> | |

A. AFILIACIÓN

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 <input type="text" value="CC"/> | | 8. Número del documento de Identidad 43100632 | | 9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | | 10. Fecha de nacimiento 02/11/1977 | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 11. Etnia <input type="text"/> | | 12. Discapacidad Categoría: <input type="text"/> Condición: <input checked="" type="checkbox"/> | | 13. Puntaje SISBEN <input type="text"/> | | 14. Grupo de población especial <input type="text" value="0"/> | |
| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SURAMERICANA | | 16. Administradora de Pensiones | | 17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000 | | | |
| 18. Residencia CLL 24 # 58 DD 31 Dirección | | 3009615070 Teléfono celular | | NEVERZUNIGA@GMAIL.COM Correo electrónico | | | |
| BELLO Municipio/Distrito | | zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/> | | 57 Localidad / comuna | | ANTIOQUIA Departamento | |

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 completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre | | | |
| 20. Tipo documento de identidad <input type="text"/> | | 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 Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre | | | |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |
| 25. Tipo documento de identidad | 26. Número de identidad | 27. Sexo Femenino Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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 Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural | | | | Departamento | | Teléfono Fijo y/o celular | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | | | |
|--|--|---|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | Código de la IPS (a registrar por la EPS) | |
| C | VS UAB JUNIN - SOCIEDAD MEDICARIONEGRO CAP ODONTOLOGIA | VSJUNIN - SOMERODON | |
| B | - | - | |
| B | - | - | |
| B | - | - | |

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

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| 35. Nombre o razón social DIEGO ALEXANDER ARANGO | | 36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/> | | 37. Número de documento de Identificación 70786976 | | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | |
| 39. Ubicación CL 37B SUR 27E 90 CA63 Dirección | | 3152804267 Teléfono | | SERVICIOSYSOLUCIONES@GMAIL.COM Correo electrónico | | ENVIGADO Municipio/distrito | |
| | | | | | | 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 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 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 | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | 2/2/11 2/2/24 | |
| 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. ☐ 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 dedare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que dedare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que dedare 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 | | 67. Datos del SISBEN | | 68. Fecha de radicación | | 69. Fecha de validación | |
| Código del municipio | Código del Departamento | Número ficha | Puntaje | Nivel | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| 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 | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <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:

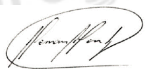
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ARANGO ARANGO DIEGO ALEXANDER.

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

2024112114335