



5000406421

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" 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 type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="8"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido GUEVARA Segundo apellido CARLOS		7. Tipo documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 4114616		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 2 0 0 2 1 9 8 4	
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNM"/> Condición <input type="text" value="TP"/>		13. Puntaje SISBÉN 33.9		14. Grupo de población especial 05	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 908.526			
18. Residencia calle 4 # 3 - 35 Dirección EL COCUY Municipio/Distrito		3112916 Teléfono fijo		3212333098 Teléfono celular		garecaelcocuy1@gmail.com Correo electrónico	
Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		BOYACA 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 Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		21. Número del documento de identidad <input type="text"/>		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
---	--	---	--	--	--	--	--	---	--

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	Ese Hospital San Jose Del Cocuy	6302	
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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 CARLOS HUMBERTO GUEVARA		36. Tipo de documento de identificación CC		37. Número de documento de identificación 4114616		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 2			
39. Ubicación calle 4 # 3 - 35 Dirección		3112916 Teléfono		serviciospila@gmail.com Correo electrónico		EL COCUY Municipio/Distrito		BOYACA Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES**40. Tipo de Novedad**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input 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 checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" 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. Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 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 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	42. Fecha			
			D D M M A A A A	1	5	0	6
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, 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 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad: <input type="text"/>	Total <input type="text"/>
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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	D D M M A A A A	D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>		

OBSERVACIONES: 7174587 Juan Manuel Ospitia Villate

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.

Ten en cuenta
los siguientes
TIPS:

- Diligencíalo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

Certificado de Afiliación

El Señor CARLOS HUMBERTO GUEVARA , identificado con Cédula Ciudadanía 4.114.616, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	CARLOS HUMBERTO GUEVARA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	4114616	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	El Cocuy
Dirección actual de residencia:	calle 4 # 3 - 35	Depto. Residencia:	BOYACA
Teléfono actual de residencia:	3112916		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
4114616	GUEVARA CARLOS HUMBERTO	15/06/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 18 días del mes de Agosto de 2021, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones

Elaboro: Andres Libardo Quintero Garcia

**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:

CARLOS HUMBERTO GUEVARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.114.616**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Junio del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.