FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 04-01-2022

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de Afiliado	Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Castro	Segundo apellido: Proa	Primer nombre: Angel	Segundo nombre: de Jesus

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cedula	1007154703	Femenino [ ] Masculino [X]	12042000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14.
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva Riesgo 3	Colpensiones	

18. Residencia				
Dirección: Carrera 11 #10A-24	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3154738767	Correo electrónico: angeldejesuscastro@gmail.com	
Municipio/Distrito: Arauca de Dios	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Barrio/Vereda: Centro	

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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			[ ]	[ ]	D D M M A A A A
B2			[ ]	[ ]	D D M M A A A A
B3			[ ]	[ ]	D D M M A A A A
B4			[ ]	[ ]	D D M M A A A A
B5			[ ]	[ ]	D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	T	P
B1			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
B2			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
B3			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
B4			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
B5			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC al afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		[ ]	[ ]			
B2		[ ]	[ ]			
B3		[ ]	[ ]			
B4		[ ]	[ ]			
B5		[ ]	[ ]			

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		
D		
E		
F		

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	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Eps Convida Afiliado
Enero 04/2022

CONVIDA
FOR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de 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
Castro	Bog	Angel	de Jesús

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1007154703	[ ]	[X]	12 04 2000	07 02 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficios 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 información 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

XI. ANEXOS

56. Anexa 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 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 dela 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: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerda 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.

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Se Certifica que CASTRO ROA ANGEL DE JESUS Identificado (a) con CC Número 1007159763 se encuentra registrado (a) en la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, EPS CONVIDA con la siguiente información:

Fecha de Nacimiento:	12/04/2000
Sexo:	Masculino
Tipo de Regimen:	Contributivo
Estado:	ACTIVO
Tipo de Afiliado:	Cotizante
Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio de Residencia:	AGUA DE DIOS
Fecha de Afilicación:	01/10/2009
Fecha de Retiro:	
IPS Asignada:	HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
Nivel:	A
Discapacidad:	NINGUNA

Esta certificación se genera desde la página web a los 15 días del mes de Marzo del año 2022.

ESTA CERTIFICACION NO ES VALIDA
PARA TRASLADOS ENTRE EPS

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL DE JESUS CASTRO ROA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007159763,** se encuentra afiliado/a desde **28/07/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de marzo de 2022.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/02/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900294884	**Cédula Usuario:**	CC 7703963
Nombre:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA				
Dirección:	CLL 26 NO 51-53 TORRE BENEFICIENCIA PISO 5				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	alexandra.mesa@cundinamarca.gov.co				
Teléfono:	7491925		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1751301 EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7703963	GABRIEL HERNANDO TRUJILLO DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	968	14/02/2022	CC 1007159763	CASTRO ROA ANGEL DE JESUS	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

E94EE87E53C09665D25701D6F2F44C82 Certificado impreso el dia 2/13/2022 9:10:06 PM por el portal de empresas Edesk

	INDEPORTES	Código: RES-202200071	
	FINANCIERO	Versión:	
		Página: 1 de 1	

Registro Presupuestal No. RES-2022000719

miércoles, 2 de Febrero de 2022

EL PROFESIONAL DE PRESUPUESTO

CERTIFICA QUE:

HA SIDO REGISTRADO EL SIGUIENTE GASTO

Contrato 639 de 2022, Prestar los servicios de apoyo a la gestión como formador deportivo y recreativo para el Departamento de Cundinamarca en el marco del Plan de Desarrollo "Cundinamarca Región que Progresa", para el cumplimiento de las metas a cargo de INDEPORTES Cundinamarca

A FAVOR DE	CASTRO ROA ANGEL DE JESUS	NIT	1007159763
DISPONIBILIDAD	DIS 2022000040		

IMPUTACION PRESUPUESTAL

RUBRO / FUENTE	NOMBRE DEL RUBRO	TERCERO	VALOR
SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES Servicios para la comunidad, sociales y personales - FUENTE: 2-2130-IMPUESTO CONSUMO CIGARRILLOS EXTRANJEROS 70%		CASTRO ROA ANGEL DE JESUS	8,570,000.00
2.3.2.02.02.009.4301007.118.2-2130	SECT: 43 PROG: 4301 PROD: 4301007		
TOTAL REGISTRO PRESUPUESTAL			**8,570,000.00**

SON: OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL PESOS MC.

Se expide en SANTAFE DE BOGOTA D.C a los 2 días del mes de Febrero de 2022

NIDIA ALEXANDRA NAVARRETE NAVARRETE
PROFESIONAL DE PRESUPUESTO

Elaboró: NANN
Modificó: