

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4009775211

Fecha de Radicación

1/1/0/2/2/0/2/3

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

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

A. AFILIACIÓN

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

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|--|---|--|---------------------------|--|-------------------------|--|
| 6. Apellidos y nombres | | 7. Tipo documento de Identidad | | 8. Número del documento de Identidad | | 9. Sexo | | 10. Fecha de nacimiento | |
| PINEDA Primer apellido | | MATEUS Segundo apellido | | JEIMY Primer nombre | | TATIANA Segundo nombre | | | |
| CC | | 1070619554 | | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 1/2/0/7/1/9/9/6 | | | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 11. Etnia | | 12. Discapacidad | | 13. Puntaje SISBEN | | 14. Grupo de poblacion especial | |
| 6 | | Tipo FNM Condicion TP | | | | | |
| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | | | | 16. Administradora de Pensiones | | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC | |
| | | | | PROTECCION | | 1160000 | |
| 18. Residencia | | 3044605038 | | TATIANA300613@OUTLOOK.ES | | | |
| CR 80 73 17 Dirección | | Telefono fijo | | Telefono celular | | Correo electronico | |
| BOGOTA Municipio/Distrito | | zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | | Localidad / comuna | | BOGOTA 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 | |
| 20. Tipo documento de identidad | | 21. Número documento identidad | |
| | | | |
| 22. Sexo | | 23. Fecha de nacimiento | |
| Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | | |

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 | | B6 | |
| 25. Tipo documento de identidad | | 26. Número de identidad | |
| B1 | | B2 | |
| B3 | | B4 | |
| B5 | | B6 | |
| 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento | |
| Femenino Masculino | | | |

Datos complementarios

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|--|------------------|--|---------------------------|--|
| 29. Parentesco | | 30. Etnia | | 31. Discapacidad | | Condición | |
| | | | | Tipo F M N | | T P | |
| B1 | | B2 | | B3 | | B4 | |
| B5 | | B6 | | B7 | | B8 | |
| 32. Datos de residencia | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) | | | | | |
| Municipio/Distrito | | Zona Urbana Rural | | Departamento | | Teléfono Fijo y/o celular | |
| B1 | | B2 | | B3 | | B4 | |
| B5 | | B6 | | B7 | | B8 | |

Selección de la IPS Primaria

| | | | |
|--|--|--|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) | |
| C VS NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA | | VSNBOGOTA - VSNBOGOTA | |
| B - | | B - | |
| B - | | 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 | | 36. Tipo de identificación | | 37. Numero de documnto de Identificación | | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) | |
| JEIMY TATIANA PINEDA MATEUS | | CC | | 1070619554 | | 01 | |
| 39. Ubicación | | 3044605038 | | TATIANA300613@OUTLOOK.ES | | BOGOTA | |
| CR 80 73 17 Dirección | | Teleéfono | | Correo electrónico | | Municipio/distrito | |
| | | | | | | BOGOTA Departamento | |

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

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

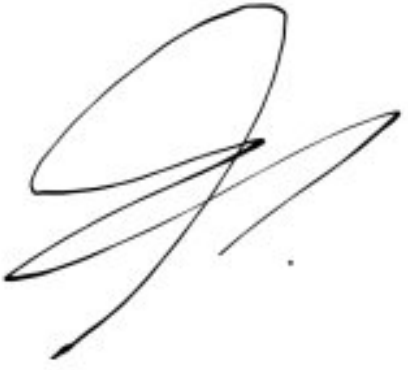

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------------|--|--|
| 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="checkbox"/> | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 2 0 0 2 2 0 2 3 | |
| 43. EPS anterior | | 44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/> | | 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: ☐ 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 | | 67. Datos del SISBEN | | 68. Fecha de radicación | | 69. Fecha de validación | |
| Código del municipio | Código del Departamento | Número ficha | Puntaje | Nivel | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 70. Datos funcionario que realiza la validación | | | | 71. Firma del funcionario | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de identidad | | Número documento de identidad | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 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.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINEDA MATEUS JEIMY TATIANA** identificado(a) con CC número **1.070.619.554** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2016 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 10 de febrero de 2023.

Cordialmente,


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

2023021010522