República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

SOS Occidental de Salud

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2065809	08 03 2013

DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de Trámite
A. Afiliación ☐ B Novedad ☒

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5.Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Código a registrar por la EPS

A. AFILIACIÓN

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

Apellidos y nombres: Gomez. Fernandez. Andres. Felipe.

Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1144191330	F ☐ M ☒	12/12/1994

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Positiva.	Porvenir.	1100.000.

18. Residencia: Cra 15 # 54 34

Zona: Urbana ☒ Rural ☐ — Cali — palmaseca — Valle.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			F ☐ M ☐	

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

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1				F ☐ M ☐	
B2				F ☐ M ☐	
B3				F ☐ M ☐	
B4				F ☐ M ☐	
B5				F ☐ M ☐	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono 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 servicios de salud -IPS	Código de la IPS
Dr Fundi Monchal	91133.

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

Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

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 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.

RADICADO PARA AFILIACIÓN SOS Occidental de Salud — Hora: — Cédula Asesor 31.166.359 — Código Asesor 2374 — 08 MAR 13

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	Sexo (F M)	Fecha de nacimiento
		F ☐ M ☐	

42. Fecha	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 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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante , 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: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ 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 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 Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

...de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del...

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:

ANDRES FELIPE GOMEZ FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.144.191.330**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ANDRES FELIPE GOMEZ FERNANDEZ** con **CC** No. **1144191330**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 890399011 - MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	**Fecha de última cobertura:** 10/03/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 06/03/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/04/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** ESPECIALISTAS EN ORGANIZACION, ADMINISTRACION DE EMPRESAS, ANALISIS FINANCIERO Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301013327804.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06