- ORIGINAL E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código de Vacaciones para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

# FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Independiente [✔] B. Pensionado [ ] C. Cotizante [ ] D. Beneficiario [ ]

3. Régimen: [✔]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✔] CF Cabeza de Familia [ ] BF Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✔] C. Pensionado [ ]

FECHA DE LA SOLICITUD: 01 03 2023

A. AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MORA | MAYOR | ANA | MARIA |

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [✔] [ ] [ ] [ ]
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31.567.299
9. SEXO: [✔]
10. FECHA NACIMIENTO: 05 12 1980

B1. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código [ ] Etnico [ ]
12. DISCAPACIDAD: [ ] Tipo [ ] Condición [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: [ ]
14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL: [ ]
15. AGRUPACIÓN FAMILIAR DE POBLACIÓN ESPECIAL: positiva

| 16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. UBICACION O DIRECCION DE RESIDENCIA | ZONA | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | 1.160.000 | AV 5A OESTE #30-123 | [✔] | 1 | TEPPON |

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO MOVIL | CORREO ELECTRONICO | CODIGO IPS |
|---|---|---|---|---|---|
| CALI | VALLE | 8940321 | 3146471006 | ANAMARIA-8080@HOTMAIL.COM | |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO
23. FECHA NACIMIENTO

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 25. NÚMERO DE IDENTIDAD | [illegible] |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR NO APLICA ADICIONAL (Lo debe pagar la EPS) | 34. [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | |
| 2 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | |
| 3 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | |
| 4 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | |

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número documento de Identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| | C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] NIT [ ] | | | |

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN — CIUDAD - MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO MOVIL

| FECHA INICIO DE RELACION LABORAL | CARGO | SALARIO |
|---|---|---|
| 27 02 2023 | LUDOTECARIA | 1.160.000 |

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSION 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 PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO [ ] [ ] | FECHA NACIMIENTO

| 42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES |
|---|---|---|---|
| | | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario corresponde a la verdad. Declaro que he sido informado(a) de: [illegible] identificado(a) con [illegible] No. [illegible] de [illegible], en mi calidad de [illegible] de mi [illegible] de nombre [illegible]

46. De conformidad con lo establecido en el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, [illegible] [illegible] [illegible]

**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:

**ANA MARIA MORA MAYOR,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **31.567.299**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Marzo del 2023.

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.

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 **ANA MARIA MORA MAYOR** con **CC** No. **31567299**, 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:** 23/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 20/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/04/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** ESPECIALISTAS EN ORGANIZACION, ADMINISTRACION DE EMPRESAS, ANALISIS FINANCIERO Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES<br>**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): 202301013678297.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 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