República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Servicio Occidental de Salud

| No. De Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 2066013 | 17 03 2023 |

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] B. Novedad [X] | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]<br>B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código a registrar por la EPS |
|---|---|---|
| A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] | |

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Cabrera | Gomez. | Nicolas. | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC. | 1234.193165 | F [ ] M [X] | 23 08 1998 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| Positiva. | Porvenir. | 1760000. |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cra 129A # 149A-25 | | 3147410026 | |
| Cali | Zona Urbana [X] Rural [ ] | comuneros 1 | Vda |

### 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 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |

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

| | 24. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de Documento de Identidad | 26. Número de documento de Identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B2 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B3 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B4 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B5 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |

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 | Teléfono 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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Compensar, unión temporal dva compensar | 44384. |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
| | | | | |

Powered by CamScanner

## 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 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 autorizad[illegible] [illegible]ectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contribu[illegible] [ ] B. Régimen Subsidiad[illegible]
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesa[illegible]
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS
FECHA
17 MAR [illegible]3
Hora:
Cédula Asesor 31.166.359
Código Asesor 2374

### 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 D D M M A A A A |
| 42. Fecha D D M M A A A A | 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. |
|---|---|
| Nicolas Caicedo Gomez | |

### IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo 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 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 SISBÉN 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 | | |
| Tipo documento de identidad [ ] | | 71. Firma del funcionario |

OBSERVACIONES:

**Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.**

FT-GEC-AF-008

— AFILIADO —

Powered by CamScanner

**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:

**NICOLAS CAICEDO GOMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.234.193.165**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 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 **NICOLAS CAICEDO GOMEZ** con **CC** No. **1234193165**, 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:** 03/03/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 28/02/2023<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): 202301013646462.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 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