FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1031120325O6

EPS delagente

No. de Radicación | Fecha de Radicación D 1 0 | M 1 0 | A 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código de la Administradora EPS: S9

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANDOVAL	VALENCIA	JAVIER	ALEXANDER

7. Tipo de documento de identidad: C.C [ ] — 8. Número de documento de identidad: 1130584476 — 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] — 10. Fecha de nacimiento: 28 09 1991 816

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia [ ] — 12. Discapacidad: Cual [ ] Condición: T [ ] P [ ] — 13. Puntaje SISBEN — 14. Grupo de población especial — 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA — 16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Nivel más alto de educación: 16.0000 — 18. Ocupación: Calle 72 45 Dirección: # 27-45 — Teléfono fijo: 3173758992

Correo electrónico: — Ciudad: CALI — Zona: Urbana [X] Rural [ ] — Localidad / Comuna: 13 — Departamento: VALLE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente con cuenta)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad [ ] — 21. Número de documento de identidad — 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] — 23. Fecha de nacimiento: 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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Corregimiento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC (Diligenciado por la EPS)
01										
02										
03										
04										
05										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código
A.		
B.		
C.		
D.		

01 FEB 2023

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O PAGADOR 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 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

VI. 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 corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [X] 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 [ ] 14. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
16. Reporte por fallecimiento [ ] 17. Reporte de la calidad del Preexistencia [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VII. 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: Femenino [ ] Masculino [ ] — Fecha de nacimiento: D D M M A A A A — 43. Fecha: D D M M A A A A

44. EPS anterior — 44A. Modalidad de vinculación: Código [ ] — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 47. Declaración de la no cotización al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ] 48. Declaración de ausencia de recursos de fuente mayor a cinco SMLMV que soporten la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaración de no inserción del cotizante, cónyuge de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante 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 lo 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 la 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. [X]

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante, Cabeza de familia o beneficiario — 55. El empleador, aportante o entidad responsable de su afiliación colectiva institucional o de Oficio

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cert. [ ] RC [ ] Cert. [ ] TI [ ] Cert. [ ] CC [X] Cert. [ ] [ ] Cert. [ ] CE [ ] Cert. [ ] CD [ ] Cert. [ ] SC [ ] Cert. [ ] Raid [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ] 58. Copia del registro civil de nacimiento, o en su 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 petición de la madre gestante, o el certificado de defunción de la madre gestante 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 los anteriores competentes antes que cumpla la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. 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 la 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 de documento de identidad — OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información reportada y de las declaraciones consignadas en el capítulo VIII del formulario.

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:

JAVIER ALEXANDER SANDOVAL VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.584.476**, 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:

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 **JAVIER ALEXANDER SANDOVAL VALENCIA** con **CC** No. **1130584476**, 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:** 07/03/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 28/02/2023 **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): 202301013285150.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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