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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

"Código Obligatorio para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

14CC37949654110820231812000008

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] a) Beneficiario a afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: C1. Cotizante [X] C2. Cabeza de Familia [ ] BE. Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente [ ] 2. Independiente [X] 3. Pensionado [ ] 4. Cotizante con aportes de salud [ ] 5. Cotizante Solidario [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 11 08 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: PEREZ | SEGUNDO APELLIDO: PAEZ | PRIMER NOMBRE: LAYDY | SEGUNDO NOMBRE: YURANNY
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37949654 | 9. SEXO: [X] M
10. FECHA NACIMIENTO: 11 05 1984 | 11. NACIONALIDAD: COLOMBIA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA | 13. COMUNIDAD | 14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN | NIVEL | GRUPO | 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 17. AFP: POSITIVA | 18. AFP: PORVENIR
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | 20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 7 #6-38 | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO: LA FLORESTA
CIUDAD / MUNICIPIO: LABRANZAGRANDE | DEPARTAMENTO: BOYACA | ZONA: URBANA [ ] RURAL [X] | TELÉFONO FIJO | Ext.
TELÉFONO MOVIL: 3142832885 | CORREO ELECTRÓNICO: ingyuranny@gmail.com | IPS | IPS ODONTOLÓGICA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Consigne a continuación la información correspondiente)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 24. SEXO | IPS
IPS ODONTOLÓGICA | 25. FECHA NACIMIENTO | 26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD
1									
2									
3									
4									
5									

	36. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Depto.	Zona	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRABAJADO: C.G	U.S.F	C.T.A	39. SISBÉN: NIVEL	GRUPO	40. GRUPO POBLACIONAL
1												
2												
3												
4												
5												

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

41. Nombre o Razón Social | 42. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 43. Número documento de identidad | DV | 44. Tipo de aportante o empleador de pensiones
45. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO FIJO Y CEL. | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. 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 DE CONDICIONES DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. ACTUALIZACIÓN DE LA UBICACIÓN EN LA EPS [ ]
6. PORTABILIDAD 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 ACREDITACIÓN 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 APS ACTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APS ACTIVAS [ ]
13. REINTEGRO: A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) ENTRE REGIMEN [ ] B) ENTRE ENTIDADES DEL MISMO REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LICENCIAS PARLAMENTARIAS [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

48. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIDAD
49. FECHA de parte del | 47. EPS ANTERIOR Código | 50. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: C.G [ ] U.S.F [ ] C.T.A [ ] | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro en mi nombre y en el de mis beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información consignada en este formulario es verdadera y exacta. Autorizo a la EPS para que verifique la información aquí consignada. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Declaro que he sido informado sobre los derechos y deberes que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 11-08-2023
CÓDIGO: A890
REGIONAL CENTRO ORIENTE

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

Declaro que he sido informado sobre los deberes de solidaridad y que me comprometo a pagar el aporte solidario que me corresponda.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante o beneficiario cuando aplique | 62. Apoderado a entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ] Folios [ ]
64. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad cuando aplique
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública donde se formalizó la unión marital de hecho
66. Copia de la sentencia judicial o sentencia de separación de cuerpos o escritura pública donde se formalizó la separación de cuerpos y bienes o escritura pública donde se formalizó la terminación de la unión marital de hecho
67. Otro
Copia del certificado de estudio vigente
68. Copia de la cédula de ciudadanía de cotizante
69. Documento en que conste la patria potestad o el certificado de supervivencia de los padres o la declaración juramentada por el cotizante activo de encontrarse en una de esas dos
70. Copia de la autorización de descuento por nómina o el formato de afiliación colectiva
71. Copia de la autorización de descuento por nómina o el formato de afiliación colectiva
72. Copia de la autorización de descuento por nómina o el formato de afiliación colectiva
73. Copia de la autorización de descuento por nómina o el formato de afiliación colectiva
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

71. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del departamento
74. Datos del SISBÉN: SI [ ] NO [ ] | Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016: SI [ ] NO [ ] | CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
77. Fecha del Diligenciamiento

Escaneado con 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:

LAYDY YURANNY PEREZ PAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.949.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto 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 **LAYDY YURANNY PEREZ PAEZ** con **CC** No. **37949654**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999998 - INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)	**Fecha de última cobertura:** 13/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO **Fecha de inicio de Contrato:** 11/08/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2050 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** AFILIACIÓN VOLUNTARIA **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): 202301018225634.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de agosto 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