

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion

4011171058

Fecha de Radicación

2/4/10/2/0/2/3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	
4. 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) 1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres CAMELO Primer apellido		CANTILLO Segundo apellido		DORIMEL Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad CC		8. Número del documento de Identidad 19710442		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 0/8/0/3/1/9/7/9	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6		12. Discapacidad Tipo FNM Condición TP		13. Puntaje SISBEN 		14. Grupo de población especial 	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1600000			
18. Residencia CR 30B N 73 42 BRR SAN PEDRO Dirección		Teléfono fijo 3026487709		DORIMELCAMELO@GMAIL.COM Correo electrónico			
BUCARAMANGA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		SANTANDER Departamento	

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 completos Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
20. Tipo documento de identidad 		21. Número documento identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo N		Condición	
B1		F		M		T	
B2						P	
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1						33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C ALIANZA DIAGNOSTICA CALLE 50 - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP		Código de la IPS (a registrar por la EPS) ALIANZA50 - ALIANZACAB	
B			
B			
B			

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 PEÑARANDA Y RAMIREZ CONSTRUCTORES SAS		36. Tipo de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 901255263		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CL 13C 12A 34 BRR VILLAS DE DON JUAN II ET Dirección		6089885 Teléfono		LUZARATA@OUTLOOK.COM Correo electrónico		GIRON Municipio/distrito	
						SANTANDER Departamento	

B. 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/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 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
☐ 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre					
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha	
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2/5/10/20/23	
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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 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 celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

DORIMEL CAMELO C	
54. Cotizante o 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: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
☐	☐	☐	☐	☐			
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
☐		☐		☐		☐	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
☐		☐		☐			
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



Se Otorga
Certificado de Capacitación y Entrenamiento
para Trabajo en Altura a:
DORIMEL CAMELO CANTILLO

Con Cédula de Ciudadanía: 19,710,442 afiliado a ARL SURA a través de la empresa/empleador
PEÑARANDA Y RAMIREZ CONSTRUCTORES S.A.S. con NIT/RUT: 901255263
en cabeza de sus representante legal/juridico/natural
MARTIN PEÑARANDA BOTELLO, con intensidad horaria de 32 horas

Aprobó Nivel de Formación

Trabajador autorizado en trabajo en alturas

Realizado entre las fechas: 22-10-2023 y 25-10-2023 en la ciudad de Floridablanca.
En testimonio de lo anterior se firma en Floridablanca el 25-10-2023
Registro CONALATURA No 14905

RICARDO ANDRES DUARTE PABON
Entrenador

Lic. SO. No 14629

YULIETH KATERINE SANCHEZ RODRIGUEZ
Representante Legal

Conaltura SAS

ICONTEC
Codigo Acreditacion: CS-CER643432
MINISTERIO TRABAJO
No.08SE2018220000000045287

Verifique el certificado

