



3014867409

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	2

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

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1067856740	Femenino ☐ Masculino ☒	12/12/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
Positiva	Positiva	627803	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
Calle 110 + 33-04	3205238944		
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
Santa Marta			Magdalena

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

22. Tipo documento de identidad	23. Número del documento de identidad	24. Sexo	25. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

26. Apellidos y nombres	27. Tipo documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo	30. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

VI. DATOS DE RESIDENCIA

31. Datos de residencia	32. Datos de discapacidad	33. Tipo de afiliación	34. Tipo de afiliación
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Departamento	Teléfono fijo/celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

VII. SELECCIÓN DE LA EPS PRIMARIA

35. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	36. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C IPS San Pedro	606

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

37. Nombre o razón social	38. Tipo documento de identificación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aporte o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
William Hoyos Gonzalez	CC	1067856740	
41. Ubicación	42. Correo electrónico	43. Municipio/Distrito	44. Departamento
Calle 110 + 33-04	3205238944	Santa Marta	Magdalena

IX. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

45. Tipo de Novedad	46. Tipo de afiliación	47. Tipo de afiliación	48. Tipo de afiliación
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.	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 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.	14. Traslado.	15. Reporte de fallecimiento.	16. Reporte de trámite de protección al cesante.
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	18. Reporte de la calidad de Pensionado.		

X. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. Datos básicos de identificación	50. Tipo documento de identidad	51. Número del documento de identidad	52. Sexo	53. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

XI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

54. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	55. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.	56. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	57. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
58. 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.	59. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	60. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	61. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

XII. FIRMAS

62. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	63. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficina
William A. Hoyos	

XIII. ANEXOS

64. Anexo copia del documento de identidad.	65. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	66. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	67. 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 unión marital.
68. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	69. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	70. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el beneficiario o afiliado adicional.	71. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
72. Copia del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el beneficiario o afiliado adicional.	73. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	74. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	75. 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.

XIV. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

76. Identificación de la Entidad Territorial	77. Datos del SISBEN	78. Fecha de radicación	79. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
CC	943217		
80. Datos del funcionario que realiza la validación	81. Firma del funcionario	82. Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CC	943217		

OBSERVACIONES:

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

EMPLEADOR

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - COSTA

07 FEB. 2020

SANTA MARTA
ATENCIÓN AL USUARIO



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM ALFONSO HOYOS GONZALEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
1.067.856.990, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde
el 08 de febrero de 2013.

La presente certificación se expide el 21 de enero de 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



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.

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1067856990
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	WILLIAM ALFONSO HOYOS GONZALEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO: CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 22D # 3C W57 VILLA REAL	TELÉFONO: 7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4314685601	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD: AÑO: 2019
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9998132198

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 132.500
SUBTOTAL:			1	\$ 132.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 103.600
SUBTOTAL:			1	\$ 103.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 20.200
SUBTOTAL:			1	\$ 20.200

TOTAL PAGADO:	\$ 256.300
----------------------	-------------------

