REPÚBLICA 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
NIT. 900.156.264-2

"Código Único para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 14879828

0108824988

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D Independiente por disposición de servicios [ ] — CÓDIGO: 01
FECHA DE LA SOLICITUD: 01 / 02 / 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: CARTOSANA — SEGUNDO APELLIDO: MUÑOZ — PRIMER NOMBRE: NORELI — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [X] CC [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1028026013 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 11 / 03 / 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ] — 12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Condición [ ] — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 2000000 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 23 13 45 B BARRIO OBRERO — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: APARTADO — DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA — ZONA: U. [X] R. [ ] — TELÉFONO FIJO: 8239279
TELÉFONO MÓVIL: 3114113569 — CORREO ELECTRÓNICO — CÓDIGO IPS: 1338

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F [ ] M [ ] — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. CTRA	31. DISCAPACIDAD Tipo / Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (si aplica para EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO CONYUGAL O COMPAÑERO(A) PERMANENTE	UNIÓN LIBRE O PATRIMONIAL	CUMPLIMIENTO TEMPORALIDAD	SEXO FALLECIDO(A)	35. NIVEL DEL SISBÉN	36. GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]										
2			R. [ ] U. [ ]										
3			R. [ ] U. [ ]										
4			R. [ ] U. [ ]										

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

25. Nombre o Razón Social: FUNDACION ACTIVOS POR EL MUNDO — 26. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] NIT [X] — 27. Número documento de identidad: 901217951 — DV — 28. Tipo de aportante o pagador de pensiones
29. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CRA 105B 98A 09 — APARTADO — ANTIOQUIA — TELÉFONO: 3003443164
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 / 02 / 2024 — CARGO: OTROS TRABAJADORES — SALARIO: 2000000

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/O 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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11 VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12 DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13 MOVILIDAD [X]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14 TRASLADO
A) ENTRE RÉGIMEN [ ]
B) DENTRO DEL RÉGIMEN [ ]
15 REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16 REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17 REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18 REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO: F [ ] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de) — 43. EPS ANTERIOR Código: NUEVA EPS — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONYUGAL [ ] UNIÓN LIBRE [ ] CUMPLIMIENTO TEMPORALIDAD [ ] SEXO FALLECIDO [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro bajo la gravedad de juramento que ampara(n) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí
46. Declaro bajo la gravedad de juramento que ampara(n) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí
47. Declaración de la no afiliación al SGSSS
48. Declaro haber recibido información sobre los requisitos y alcances de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaro pertenecer a la Comunidad Indígena [ ] Para Indígenas o afiliados adicionales con otra Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS verifique y corrobore la información suministrada en el presente formulario y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información de la afiliación, novedades, la base de datos de afiliados a juntas y a las entidades públicas que por ley funcionen la requieran
52. Autorización para que la EPS reporte 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 [illegible] de salud

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Noreli Cartosana
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicios

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] NC [ ] PE [ ] — 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 solicitada 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: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES: A USUARIO

VIGENCIA 01/02/2024 — Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos anexados en el capítulo IX del formulario. — 01-01-F-009

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

Informe principal

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_2731809**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901217951 FUNDACION ACTIVOS POR EL MUNDO
Afiliado	CC 8160493 HAMILTON BURITICA MANCO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 2,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	APARTADO CRA 105B 98A AP 202
Fecha de ingreso	01/02/2024
Fecha de radicación	01/02/2024 09:50:45 a.m.
Código de Transacción	171734474
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2024

Fecha de generación 01/02/2024

1

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901217951	0	FUNDACION ACTIVOS POR EL MUNDO	A - 200 O MAS COTIZANTES	APARTADO	CRA 105B 98A 09	APARTADO-ANTIOQUIA	8284555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03		9462504347	E	2024/03/13			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: APARTADO (2 Afiliados)																								$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000		$21,000		$4,000,000	$200,000		$1,521,000
Centro de Trabajo: RIESGO UNO (2 Afiliados)																								$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000		$21,000		$4,000,000	$200,000		$1,521,000
Ciudad: APARTADO Depto: ANTIOQUIA (2 Afiliados)																								$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000		$21,000		$4,000,000	$200,000		$1,521,000
1	CC	8160493	BURITICA HAMILTON	X																	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$250,000	CCF03	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$2,000,000	$100,000	No	$760,500
2	CC	1028026013	CARLOSAMA NORELI	X																	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$250,000	CCF03	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$2,000,000	$100,000	No	$760,500
Total Afiliados(2)																								$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$160,000			$4,000,000		$21,000		$4,000,000	$200,000		$1,521,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901217951	0	FUNDACION ACTIVOS POR EL MUNDO	A - 200 O MAS COTIZANTES	APARTADO	CRA 105B 98A 09	APARTADO-ANTIOQUIA	8284555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03		9462504347	E	2024/03/13			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$640,000	$0	$0	$640,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$640,000	$0	$0	$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$21,000	$0	$0	$21,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$21,000	$0	$0	$21,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$160,000	$0	$0	$160,000
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	2	$160,000	$0	$0	$160,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$500,000	$0	$0	$500,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$250,000	$0	$0	$250,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$250,000	$0	$0	$250,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$120,000	$0	$0	$120,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$120,000	$0	$0	$120,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$80,000	$0	$0	$80,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$80,000	$0	$0	$80,000
TOTAL				2	$1,521,000	$0	$0	$1,521,000

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
NIT 901217951	0	FUNDACION ACTIVOS POR EL MUNDO	A - 200 O MAS COTIZANTES	APARTADO	**casugipe@hotmail.com**	APARTADO-ANTIOQUIA	**3003507173**

Clave: **9462504347**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2024/03/12	0	$0	$1,521,000
2024/03/13	0	$0	$1,521,000

Periodo Pensión: 2024-02 **Periodo Salud: 2024-03**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	2	$640,000
PORVENIR		2	$640,000
ARL	1	2	$21,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		2	$21,000
CCF	1	2	$160,000
COMFENALCO ANTIOQUIA		2	$160,000
EPS	2	2	$500,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		1	$250,000
NUEVA E.P.S.		1	$250,000
ICBF	1	2	$120,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		2	$120,000
SENA	1	2	$80,000
SENA		2	$80,000
SUBTOTAL			$1,521,000
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$1,521,000

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	Efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999