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 Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 15685004

0109630164

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 18 04 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Ferraro | SEGUNDO APELLIDO: Ahumada | PRIMER NOMBRE: Jader | SEGUNDO NOMBRE: Ivan

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72432787

9. SEXO: F [ ] M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 31 08 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]

12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva
LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1300.000

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 41 #20-175

CIUDAD / MUNICIPIO: Barranquilla

DEPARTAMENTO: Atlantico

ZONA U [ ] R [ ]

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3117988665

CORREO ELECTRÓNICO: abogadaferraro31@gmail.com

CÓDIGO IPS: 13243

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: DIA 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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F	N	M	Condición T	P
1															
2															
3															
4															

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]						I [ ] II [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]						I [ ] II [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]						I [ ] II [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]						I [ ] II [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social: Jader Ivan Ferraro Ahumada

36. Tipo documento de identidad: CC [X]

37. Número documento de identidad: 72432787

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 41 #20-175 | Barranquilla | Atlantico

TELÉFONO FIJO: 3117988665

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 19 04 2024

CARGO: Independiente

SALARIO: 1300.000

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 [ ]
12. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 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: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

42. FECHA (a partir de): DIA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICADO GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR AFILIACIÓN [ ] SERVICIOS AMBULATORIOS [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Jader Ferraro

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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 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 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: DIA MES AÑO

69. Fecha de validación: DIA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Mary Posada A756

100"000 ENERO / 2018

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.

Powered by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JADER IVAN FERRARO AHUMADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.432.787**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Abril del 2024.

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.