

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4014330366

Fecha de Radicación

01/03/2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo de afiliación		3. Régimen		4. Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Colectiva ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐		SI ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)			
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres		9. Tipo documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
MARMOLEJO		CC		94492100		Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento		15. Fecha Nacimiento					
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: VALLE Municipio: CALI		01/03/1976					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo población especial	
6				Si ☐ No ☒		SI ☐ NO ☒		Nivel ☐ Grupo ☐			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria					
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		PORVENIR FPC		1423500							
26. Residencia		3127745		3127748700		ALEXANDERMARMOLEJO@YAHOO.COM					
CL 6 G 48 A 34 OESTE		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico					
VALLE		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		Zona		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐		Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres		28. Tipo documento de identidad		29. Número documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
						Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento		34. Fecha Nacimiento					
		País: Departamento: Municipio:							

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo documento de identidad		37. Número de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar Nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
B1		B2		B3		B4		B5		Femenino/Masculino		F M T NB otro cual		País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad Permanente	
B1		B2		B3		B4		B5		Si No Nivel Grupo		Si No Categoría		Si No	
51. Datos de residencia		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)													
Departamento		Municipio/Distrito		Zona		Teléfono Fijo y/o celular									
B1		B2		B3		B4		B5		Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural					
Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico											
B1		B2		B3		B4		B5							

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS UAB SAN FERNANDO - VS UOD COMPLEJO MEDICO VERSALLES		VSSANFERNA - VSVERSAODO	
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de identificación		57. Número de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ALEXANDER MARMOLEJO MONTENEGRO		CC		94492100		01	
59. Ubicación		3127745		ALEXANDERMARMOLEJO@YAHOO.COM		VALLE	
CL 6 G 48 A 34 OESTE		Telefono fijo o celular		Correo electrónico		Municipio/distrito	



**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:

ALEXANDER MARMOLEJO MONTENEGRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.492.100**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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 se evidenció que, **ALEXANDER MARMOLEJO MONTENEGRO** identificado con CC No. **94492100**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011	Fecha de inicio de cobertura: 18/03/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 16/03/2025 Fecha fin de Contrato: 30/04/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

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 prórroga 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): 202501013564280.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS