FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

PROTEGER EPS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	19/09/2026

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Beneficiario Dependiente o Afiliado Adicional X — B. Conyugal — C. Institucional — D. Por Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado

4. Continuidad (solo para): Si — No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cónyuge o Compañero(a) Permanente — C. Beneficiario — D. Afiliado Adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente — B. Independiente X — C. Pensionado

7. Código Ocupación (cotizante)

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Velasquez	Segundo Apellido: Agudelo	Primer Nombre: Sandra	Segundo Nombre: Yoleni

9. Tipo de Documento de Identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo Biológico: Femenino / Masculino X	12. Sexo Identificación: F X / M / I / NB / Otro / Cual
CC	1120366045		

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombiana	Colombia	meta	mesetas	05/10/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI / NO	Categoría de discapacidad

19. Pertenece SISBEN: SI / NO	20. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial

22. Correo electrónico para Envío de Información - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Valor aproximado de ingresos mensuales	25. Correo electrónico Solicitante
Positiva	Porvenir	1'750.905	sykn-555@hotmail.com

26. Dirección

Dirección: Mz 9 casa 16	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3202483380	Correo Electrónico:
Meta	Mesetas	U. Maria Camila	Zona: Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Dispersa / Renta Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino / Masculino	31. Sexo Identificación: F / M / I / NB / Otro / Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	I	NB	OTRO	CUAL	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01															
02															
03															
04															
05															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Tipo	Grupo	Categoría de discapacidad	50. Responsable permanente: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural dispersa	Resto rural	Folio/Hoja de vida complementaria	52. Valor de la UPC del cotizante adicional (asignado por la EPS)
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
02			
03			
04			
05			

Vigilado Supersalud

04. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		05. Código de la IPS (si registra ante la EPS)
01	ESE Departamental Solucion Salud	52700 6595
02		
03		
04		
05		

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

57. Nombre o razón social	58. Tipo de documento de identificación	59. Número del documento de identificación	60. Tipo de aportante o modalidad para novedades (si registra ante la EPS)

61. Dirección

Dirección	Departamento	Municipio	Teléfono

B. REPORTE DE NOVEDADES

70. Tipo de novedad

1. Actualización de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS Código
6. Reporte de pago o inicio de un afiliado Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Suspensión por relación laboral o cumplimiento de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción en EPS vinculado al PAS
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Novedad: A. Ingreso Cotizante X B. Ingreso Subsidiado
15. Traslado: A. Desde Régimen B. Desde el Régimen
16. Reporte de cotización como Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del término de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Compensación Solidaria
21. Retiro de Compensación Solidaria

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

71. Datos básicos de identificación			
Velasquez	Agudelo	Sandra	Yoleni

Tipo de documento de identificación	72. Sexo biológico: Femenino X Masculino	73. Sexo de identificación: F X M N Otro Cuál	74. Fecha de nacimiento
CC 1120366045			05 11 1994

75. Etnia: Ninguno	76. Número de identificación	77. Nivel educativo: Código	78. Código de Ocupación
	1140372046		

79. Código de Parentesco	80. Código de Discapacidad	81. Código de Pueblo Indígena	82. Código de Lengua Nativa

83. Caja de Compensación Familiar o Fondo de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

90. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

91. Declaración de no tener cotizaciones al régimen Contributivo o Especial del cotizante

92. Declaración de residencia de mínimo de cinco (5) años continuos para garantizar la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios

93. Declaración de no tener capacidad de pago suficiente para cotizar al régimen contributivo o especial en calidad de cotizante

94. Autorización para que la EPS consulte y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

95. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la utilización del aseguramiento a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran

96. Autorización para que la EPS consulte los datos para validar 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

97. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

98. Autorización de descuentos para pensionados de la Compensación Familiar y de medicina prepagas correspondientes

99. Aceptación de la actual división del grupo familiar y los fondos en Compensación Solidaria según la relación del listado adjunto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

100. Escriba el nombre completo y número de identificación del cotizante que reporta la pérdida de su grupo familiar que va a dejar a cargo del pago de la Contribución solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad		

IX. FIRMAS

Sandra Velasquez A.
1120366045

101. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

61. Apoderado o empleado responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

102. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad	CN	TI	RA	CE	Total
	RC	CC	CE	SC	

103. Copia del documento de composición familiar emitido por la autoridad competente

104. Copia del registro civil de nacimiento de [illegible] cuando aplique

105. Copia de [illegible] para la población migrante que declare el divorcio o unión marital para efectos de la afiliación de sus hijos y cónyuge o unión marital de hecho o copia de la declaración de unión marital

106. Copia del certificado de [illegible] cuando aplique

107. Copia de la orden judicial cuando aplique para [illegible]

108. Documento que compruebe la pérdida del poder adquisitivo en el cual con la declaración de los padres o la declaración jurada por el cotizante acredite la ausencia de los dos padres

109. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 21 del Decreto 780 de 2016

110. Con base en la circular [illegible] cuando aplique para [illegible]

111. Copia del acto administrativo o providencia de los ciudadanos competentes en donde conste la calidad de beneficiario o de quien ejerce la afiliación de oficio

Vigilado Supersalud

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación D D M M A A A A 97. Fecha de Validación D D M M A A A A

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

AVISO DE PRIVACIDAD

PROTEGER EPS, en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1823 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal PROTEGER EPS podrá realizar las siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otras recolectadas en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de salud para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted acceda a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitadas, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remiten de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a PROTEGER EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo; determinar los pacientes que presenten enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarias para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentra bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a las que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por ésta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que pueden tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que obraran en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre que no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@protegereps.com, le invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en **www.protegereps.com**.

Vigilado Supersalud