REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.289.296

ARRIETA MADERA
APELLIDOS

EUGENIA RAFAELA
NOMBRES



FIRMA



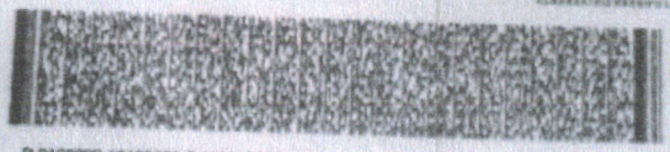
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1985
CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-FEB-2004 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



I-0108900-15125882-F-0039289296-20040728 05420 04210A 02 156009431

José García Niebles

Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 - Tel: 839 2896
Cra 2da No. 21 80
Caucasia - Antioquia
garcianjj@hotmail.com

RUT: 15304141-0

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:	CONSORCIO OBRA CAUCASIA 109	EMPRESA EN MISIÓN:	

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] MANIPULACION ALIMENTOS [ ] FECHA: 01.10.2020

NOMBRE: EUGENIA RAFAELA ARRIETA MADERA C.C. 39289296

CARGO: COORDINADORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CIUDAD: CAUCASIA

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO [X]
2. AUDIOMETRÍA [X]
3. ESPIROMETRÍA [ ]
4. OPTOMETRÍA [ ]
5. VISIOMETRÍA [X]
6. PRUEBA PSICOTÉCNICA [ ]
7. EVAL. OSTEOMUSCULAR [ ]
8. OTROS [ ]

LABORATORIOS [ ]

AUDIOMETRIA: Normal / VISIOMETRIA: Normal /

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]

APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] POR MOTIVO DE

APLAZADO [ ] MOTIVO NO APLICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [X]
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ] POR MOTIVO DE

APLAZADO [ ] POR MOTIVO DE

NO RECOMENDADO PARA EL CARGO [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL: TEMPORAL [ ] POR MOTIVO DE
PERMANENTE [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SUGERIR EN EPS [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL: TEMPORAL [ ] POR MOTIVO DE
PERMANENTE [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN MANIPULACION DE ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APLAZADA [ ]

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL

- Control Periodico PP por EPS [ ]
- Remisión a EPS por [ ]
- Continuar manejo periodico [ ]
- Remision a ARL para manejo del caso [ ]
- Seguimiento caso ARL [ ]

Incluir en SVE: VISUAL [ ] CARDIOVASCULAR [ ]

OCUPACIONALES

- Control periodico ocupacional [ ]
- Higiene Postural [ ]
- Utilización de EPP [ ]
- Pausas activas [ ]
- Realización de Pruebas Complementarias [ ]
- AUDITIVO [ ] PSICOLABORAL [ ]
- RESPIRATORIO [ ] BIOLÓGICO [ ]
- ERGONÓMICO [ ] QUÍMICO [ ]

- Dieta [ ]
- Ejercicio regular 3 veces/sem [X]
- Dejar el habito de fumar [ ]
- Reducir el consumo de alcohol [ ]

PP: programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semestral: Citologia cervicovaginal anual; Control de testiculo anual; Control de seno anual; Control de prostata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendaciones en higiene postural. Pausas activas. Sensibilización de la importancia de los Estilos de Vida Saludables y el Autocuidado.	Uso de EPP según el cargo y la actividad a ejecutar.

La Resolución 2346 de 2007 reglamenta la práctica y y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico del aspirante. La historia clínica ocupacional, los exámenes y las pruebas complementarias son confidenciales y hacen parte de la reserva profesional. CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. José García Niebles
Md. Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Méd. 18417 - 89
U. de Antioquia
Resolución SO: 60054316/2016

FIRMA DEL MEDICO
Registro Médico 18417-89
Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 39289296

ARL | sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS / EMPLEADORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 26/09/2020 - 11:01:15

Código de verificación: 2020EA9N90139776312616

Este formato será el documento que soportará el trámite de su afiliación a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.

Datos del empleador

Nombre o razón social
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109

Documento de identificación
NI - 901397763

Nombre comercial
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109

Nombre del representante legal
EVER JOSE SALGADO SALGADO

Documento de identificación
CC - 7917558

Actividad principal de la empresa según legislación vigente
CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL

Código según legislación vigente	Clase de riesgo	Tasa de cotización
5452201	5	6.96

Domicilio y dirección de la sede principal	Ciudad	Departamento	Teléfono
CR 52 A 123 B 10	BOGOTA	D.C.	7038345

Dirección electronica (e-mail corporativo)
ELIANAMGALLEGO1@GMAIL.COM

Clase de afiliación

¿Se traslada de otra ARL?	Nombre de la ARL anterior	Fecha de la carta de desafiliación a la ARL anterior
No	NINGUNA ARL	

Inicio de cobertura:Si la empresa es nueva y se cumple con todos los requisitos legales, será al día siguiente de haber recibido la documentación en ARL Sura, en caso de haber programado un ingreso a futuro, la documentación deberá recibirse máximo hasta un día antes de la fecha programada.

2020-09-28

Si la empresa viene de traslado y se cumple con los requisitos de afiliación, el inicio de cobertura será a partir de

Centros de trabajo

Se entiende como toda edificación o área a cielo abierto en la que laboran los trabajadores, destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono	Código Centro de Trabajo	Código actividad económica	Clase de riesgo	Porcentaje cotización
principal dc	cr 52 a 123 b 10	bogota	7038345	1	5452201	5	6.96

*Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, el domicilio de ARL SURA es la ciudad de Medellín y la dirección es la Calle 49No. 63 - 55 Torre SURAMERICANA

*Son afiliados y están cubiertos por el Sistema General de Riesgos Laborales los trabajadores dependientes del empleador que se relacionan en el ANEXO de este formulario de afiliación y los que posteriormente se incorporen mediante formularios de "Novedades – Ingreso y retiro de Trabajadores" o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com.

*Con este formulario se perfecciona la afiliación al Sistema General de Riegos Laborales, regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la ley 100 de 1993 y en el decreto 1295 de 1994.

*Las declaraciones contenidas en los anexos corresponden a la fecha de presentación del formulario de afiliación del cual hacen parte integral y podrán ser modificadas en cualquier tiempo mediante formularios de novedades, las cuales se entenderán incorporadas con su sola presentación.

VIGILADO

ARL | sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS / EMPLEADORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 26/09/2020 - 11:01:15

Código de verificación: 2020EA9N90139776312616

Datos de empleados

Documento	Nombre	Centro de trabajo	Ciudad	Porcentaje de cotización
78110580	JUAN BAUTISTA AVILA MERCADO	PRINCIPAL DC	CAUCASIA	6.96
1038125930	ROMARIO ANDRES HERNANDEZ GARCES	PRINCIPAL DC	CAUCASIA	6.96
39289296	EUGENIA RAFAELA ARRIETA MADERA	PRINCIPAL DC	CAUCASIA	6.96

Datos del usuario que manejará la clave de los Servicios Transaccionales

PERFIL DE LA CLAVE SOLICITADA:ADMINISTRADOR DE USUARIOS

Documento	Nombre	Correo electrónico registrado
C7917558	EVER JOSE SALGADO SALGADO	ELIANAMGALLEGO1@GMAIL.COM

ARL | sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS / EMPLEADORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 26/09/2020 - 11:01:15

Código de verificación: 2020EA9N90139776312616

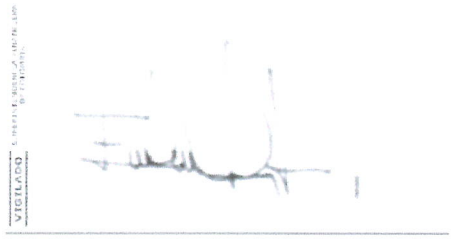
Condiciones generales

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, respecto a la empresa de la cual soy Representante Legal, así como las personas afiliadas es verídica. Además, comprendí los deberes y derechos del empleador frente al Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales consignados al respaldo de este formulario. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante "Las compañías", para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. De igual forma, declaro y acepto que es responsabilidad de la empresa por mi representada la utilización que la persona autorizada realice de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a "Las compañías" los cambios de personal que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a "Las compañías" por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

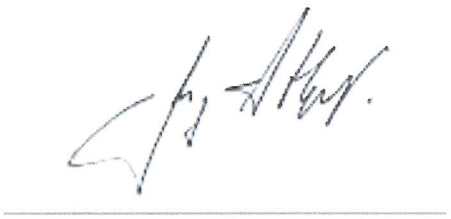
Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.; para el tratamiento de los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, operadores de información del PILA, compañía matriz, filiales y subsidiarias con la finalidad de ser contactado para él envió de información y ofertas de productos. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos personales son facultativas. Como titular de sus datos personales tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder de forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos personales es SURAMERICANA S.A. para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000 518 888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

La empresa decide transferir los datos personales que tiene de los trabajadores a Suramericana S.A., en virtud de la obligación legal de afiliarlos al sistema general de riesgos laborales. Por lo anterior, la Administradora de Riesgos Laborales podrá tratar los datos personales de los trabajadores de la empresa afiliada para garantizar la cobertura de ellos dentro del sistema de riesgos laborales y para las demás finalidades contempladas en la política de privacidad disponible en www.suramericana.com.co

Me sumo a la causa de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de velar por la conservación del medio ambiente y por esto autorizo no me envíe carnetización en papel para mis trabajadores, ya que no es necesario para recibir cualquier servicio.



Firma y Sello del Empleador o Representante Legal
EVER JOSE SALGADO SALGADO CC - 7917558
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 NI - 901397763



Firma del Representante Legal ARL SURA

ESTE FORMULARIO SÓLO SE ENTIENDE RECIBIDO SI CONTIENE EL SELLO DE ARL SURA

RESPONSABILIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL

Esta afiliación será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos descritos a continuación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado de la afiliación, deberá ingresar a nuestro sitio web **www.arlsura.com / Gestión administrativa/Afiliación de empresas, 24 horas hábiles posteriores a la entrega de la información.**

ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RIESGOS LABORALES - DEBERES Y DERECHOS

I. La seguridad social es un servicio público obligatorio. El Sistema de Seguridad Social está conformado entre otros, por el Sistema de Riesgos Laborales, el cual sólo podrá ser administrado por el Instituto de Seguros Sociales, por Entidades Aseguradoras de Vida que obtengan autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de seguros de riesgos laborales y por sociedades sin ánimo de lucro constituidas como entidades aseguradoras con el exclusivo objeto de otorgar a sus socios la cobertura por enfermedad laboral y accidente de trabajo.

II. Este formulario de afiliación es el documento con el cual se incorpora al empleador y a cada uno de sus trabajadores dependientes en particular, al Sistema General de Riesgos Laborales. **La afiliación se entiende efectuada al día siguiente de aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.**
Para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, el ingreso de nuevos trabajadores debe reportarse a la entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL a más tardar el día hábil siguiente al cual se produce la vinculación laboral, mediante el formulario de novedades Ingreso y Retiro de trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com. La entidad administradora de riesgos laborales no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador ni de sus trabajadores dependientes.

III. Como efecto de la afiliación, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL queda obligada:
1. En favor de los trabajadores dependientes del empleador debidamente afiliados, al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas previstas en la normatividad vigente, por ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral debidamente calificados como tales.
2. En favor del empleador y durante el tiempo de vigencia de la afiliación, a prestar los servicios de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo de sus trabajadores, conforme con lo previsto en la normatividad vigente.
3. A administrar los recursos provenientes de las cotizaciones efectuadas por el empleador, conforme la normatividad vigente.
4. Los demás deberes y obligaciones que en su condición de Entidad Administradora de Riesgos Laborales le sean exigibles conforme con las disposiciones de la ley 100 de 1993, el decreto 1295 de 1994, la ley 1562 de 2012 y sus normas reglamentarias, así como por las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

IV. Con la afiliación, el empleador traslada a la Administradora de Riesgos Laborales los riesgos por accidente de trabajo y enfermedad laboral de sus trabajadores dependientes y le corresponde:
1. Pagar mensualmente las cotizaciones dentro de los 10 primeros días comunes del mes siguiente a aquel objeto de la cotización.
Las cotizaciones se determinarán de acuerdo con la actividad económica de la empresa, el índice de lesiones incapacitantes y el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y podrán ser modificadas anualmente de acuerdo con la variación de dichos factores.
EL NO PAGO DE LAS COTIZACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES ACARREARÁ PARA EL EMPLEADOR LAS SANCIONES DE LEY.
En caso de mora en el pago de las cotizaciones, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales adelantará las acciones de cobro contra el empleador. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la Administradora de Riesgos Laborales determine el valor adeudado prestará MÉRITO EJECUTIVO.
2. Procurar el cuidado integral de la salud de sus trabajadores y ejecutar y controlar el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y procurar su financiamiento.
3. Informar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL las novedades de sus trabajadores, en cuanto a situaciones laborales, salario, traslados, vinculación y retiro.
4. Notificar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o al diagnóstico de la enfermedad.
5. Informar sobre esta afiliación a sus trabajadores y a las Entidades Promotoras de Salud a las que estén afiliados.

V. La afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales del empleador y de sus trabajadores dependientes a través de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL, tendrá vigencia desde el día siguiente al del recibido de este formulario y hasta:
1. Cuando mediante el formulario de Novedades Ingreso y Retiro de Trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com., se comunique a la Administradora de Riesgos laborales la desvinculación de un trabajador.
2. Cuando, transcurrido al menos un año de vigencia de la afiliación, el empleador decida trasladarse a otra Administradora de Riesgos Laborales ARL, deberá dar aviso mediante comunicación escrita a la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentra afiliado, con por lo menos 30 días comunes de antelación a la desvinculación.

VI. La declaración del empleador sobre la actividad económica de sus centros de trabajo, según la tabla de actividades económicas contenida en el decreto 1607 de 2002, indicará la clasificación de la empresa para efectos de liquidación de las cotizaciones. Esta clasificación puede ser verificada y modificada por la Administradora de Riesgos Laborales ARL, siguiendo el procedimiento señalado en los artículos 29 y 31 del decreto 1295 de 1994.

Señores
ARL SURA S.A.
Medellín

Referencia: Movilidad

Respetados Señores

Me permito certificar que la empresa que represento actualmente no se encuentra afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales.

Así mismo, certifico que la empresa tiene pleno conocimiento que en caso de estar actualmente afiliada al Sistema de Riesgos Laborales a través de una ARL, así sea con cero trabajadores afiliados a dicha entidad, deberá iniciar el trámite de traslado establecido en el Decreto 1772 de 1994 y la Circular Unificada del Ministerio del Trabajo de 2004, de lo contrario, la afiliación a ARL SURA no sería efectiva, situación que no nos aplica en el presente caso.

Certifico además, que la entidad no es una Agrupadora, Asociación de trabajadores independientes o una Intermediaria Laboral, por lo que no requiero contar con las debidas autorizaciones de la entidad competente, de conformidad con lo estipulado en el Código Sustantivo de Trabajo y el Decreto 3615 de 2005 y demás normas vigentes, lo cual puede ser verificado por la ARL en cualquier momento y reportado al Ministerio del Trabajo y/o Ministerio de Salud y Protección Social.

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A o a quien represente sus derechos y ostente en el futuro la calidad de Contratante o acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que informe, reporte, procese o divulgue a la Central de Información de la Asociación Bancaria y/o demás entidades autorizadas para manejar bases de datos, todo lo referente al comportamiento de mi representada como proveedor, o cliente de la compañía en general.

La presente autorización incluye la facultad para consultar ante las mismas entidades, el endeudamiento y la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no, de los compromisos adquiridos por mi representada con otras personas naturales o jurídicas. Con base en lo establecido en las circulares 023 y 033 de 2.004, de la Superintendencia Bancaria.

La información reportada permanecerá en la base de datos durante el tiempo que determinen las autoridades competentes.

Firma y Sello del Empleador o Representante Legal
EVER JOSE SALGADO SALGADO CC - 7917558
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 NI - 901397763

ARL | sura

INSCRIPCIÓN DE CUENTAS PARA TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Cuenta inscrita en la compañía

Entiendo que este es un servicio a través del cual consignan directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe(n) hacerme la(s) compañía(s), dando mayor seguridad y ofreciendo mayor comodidad. A continuación relaciono mis datos:

Datos del empleador

Nombre o razón social
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109

Documento de identificación
NI - 901397763

Ciudad de correspondencia
BOGOTA

Departamento de correspondencia
D.C.

Teléfono
7038345

Fax

Dirección
CR 52 A 123 B 10

Correo electrónico
ELIANAMGALLEGO1@GMAIL.COM

Número de cuenta	Tipo de cuenta	Entidad dónde tiene la cuenta	Sucursal

Estoy enterado que en pago de: fondos de ahorros e inversiones, el título de la cuenta debe ser único inversionista para poder estar exento del gravamen a movimientos financieros (cuatro por mil).

NOTA: Si usted es proveedor este formato sólo aplica para cambios y actualizaciones de la cuenta previamente registrada,para inscribir por primera vez su cuenta debe registrase previamente como proveedor con el Formato Único de Registro de Proveedores (FURP) para hacer efectivo el registro solicitado.

Cordialmente,



Firma del Representante Legal
EVER JOSE SALGADO SALGADO
CC - 7917558
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109
NI - 901397763

BOGOTA
Ciudad

Sep 28 del 2020
Fecha

porvenir
sólo hay uno

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:

EUGENIA RAFAELA ARRIETA MADERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.289.296**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Septiembre del 2020.

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

savia SALUD EPS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	28 / 09 / 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [ ]	A. Dependiente [X]	01
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ARREDA	MADERA	EUGENIA	RAFAELA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	39289296	[ ] / [X]	12 / 10 / 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F, N, M)	Condición (T, P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
					SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.500.000	Calle 27 # 29-35. Barrio el camello 2.	3202532750	3202567673

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
thelovegenia@hotmail.com	CAUCASIA		CAUCASIA	ANTIOQUIA

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
[ ]		[ ] / [ ]	

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col		
B		
B		
B	Clinica Pajonal limitada	1064

28 SEP 2020

JAC305 30

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Obra Cauca	N	901397763-3	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
DIR CRA 52 A 123 B 10	703 8345	licitaciones@salgado.com	B/ta	C/marca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de Identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de Identificación [ ] 3. Actualización documento de Identidad [ ] 4. Actualización y 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 [X] 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: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte por fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		[ ] / [ ]		28 / 09 / 2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 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. [ ] 49. Declaración de no internación 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. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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 terminacióónde 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 afiliacion 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de Identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

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.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

savia SALUD EPS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	28 / 09 / 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [ ]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ARRIETA	Segundo Apellido: MADERA	Primer Nombre: EUGENIA	Segundo Nombre: RAFAELA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C	39289296	Femenino [ ] Masculino [X]	20 / 09 / 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$1.500.000	Dirección: Calle 27 # 29-35. Barrio el camello 2.			Teléfono fijo: 3202532750	Teléfono Celular: 3202567673
Correo electrónico: thelovegenia @hotmail.com	Municipio / Distrito: CAUCASIA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna: CAUCASIA	Departamento: ANTIOQUIA	

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Obra Cauca 2019	N	901397763-3	

39. Ubicación				
Dirección: DIR CRA 52 A 123 B 10	Teléfono: 703 8345	Correo electrónico: licitaciones@salgado.com	Municipio / Distrito: B/ta	Departamento: C/marca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización documento de identidad [ ] 4. Actualización y 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte por fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)	
				28 / 09 / 2020	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 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. [ ] 49. Declaración de no internación 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	(D D M M A A A A)	(D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:		

Adobe Supersalud ... Adobe SuperSubsidio

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

CAPITULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la inscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación. Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades. Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual. La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva. La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional. La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio. La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ella, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios se realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Regimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Regimen Contributivo o en el Regimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad

Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Regimen Contributivo.

Cabeza de familia. Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su nucleo familiar en el Regimen Subsidiado.

Beneficiario. Es la persona que entrega el nucleo familiar y reune los condiciones para ser reconocido como beneficiario de un cotizante en el Regimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Regimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:

Marque con una X la opcion que corresponda:

Dependiente. Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y cumple con este el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente. Si el cotizante no esta vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no cumple el pago de sus aportes uno que los asume en forma plena.

Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código. Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACION

Si la afiliación es Individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el casilla D, los documentos de identidad de los personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, Institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la o personas que se vayan a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

Cod.	Descripcion del Tipo de Documento
CN	**Certificado de Nacido Vivo**, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	**Registro Civil de Nacimiento**, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	**Tarjeta de Identidad**, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazado por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía**, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	**Cédula de Extranjería**, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	**Pasaporte**, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cedula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carné Diplomático**, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia**, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migracion Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelve su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cedula de extranjería.

8. Numero del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo

9. Sexo:

Marque con una X, la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y, año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales.

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Regimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Regimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, teniendo presente la tabla

Cod.	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (gitano)
03	Raizal (San Andres, y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opcion F: Fisica N: Neuro-sensorial M: Mental

Condicion de discapacidad:

Marque con una X la opcion T: Temporal P: Permanente.

13. Puntaje SISBEN:

Este dato aplica solo para el Regimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.

14. Grupo de población especial

Este dato aplica solo para el Regimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

Cod.	Grupo Poblacional
02	Poblacion infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
05	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Poblacion desmovilizada.
09	Victimas del conflicto armado.
10	Poblacion infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
15	Adultos mayores, en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
19	Poblacion Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no este a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la desplazamiento, atención, reparación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09,11, 17, 19, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes codigos: 02,05, 10, 15, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotizacion - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Telefono fijo o celular, o ambos
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero o compañera permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de (primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el conyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

Registre el codigo que corresponda al documento con el cual se va a identificar, segun la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capitulo II de este instructivo.

21. Numero del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y, año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1 , B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el codigo que corresponde al documento con el cual se va a identificar, segun la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capitulo II.

26. Numero del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:

Marque con una X, la opcion femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y, año.

Datos complementarios

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional.

como aparece en la siguiente tabla.

Cod.	Parentesco	Descripcion Parentesco
CY	Conyuge	Con relacion formalizada mediante el vinculo matrimonial.
CP	Compañero(a) permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con union marital de hecho.
HI	Hijos menores de veintiocho (28) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen discapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
PA	Los hijos del conyuge o compañero o compañera permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 28 años y dependan económicamente del cotizante o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veintiocho (28) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el mayor grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la perdida de la patria potestad o la ausencia de estos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tenga como beneficiarios al conyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
HA	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia:

Registre el codigo que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opcion F: Fisica N: Neuro-sensorial M: Mental

Condicion de discapacidad:

Marque con una X T: Temporal P: Permanente.

32. Datos de residencia:

Estos datos aplican solo para el Regimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Telefono (fijo y o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para la cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Seleccion de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:

Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del Listado de la Red de Prestadores que la presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con el en el regimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el regimen subsidiado
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el regimen contributivo, en la casilla vacia, registre el numero del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS-S debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el tramite es un trabajador dependiente y la afiliacion o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes, que no tienen la calidad de dependientes, y la afiliación o el reporte de la novedad lo exija.
- Las instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o las empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razon Social:

Escriba el nombre o razon social del empleador, otro tipo de aportante pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación:

Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático cuando se trate de personas naturales).

37. Numero del documento de identificación:

Escriba el numero del documento de identificación

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para la cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidacion de Aportes-PILA.

39. Ubicación:

- Direccion
- Telefono (fijo o celular)
- Correo electronico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultaneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripcion del Formulario Unico de Afiliacion y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad:

Marque con una "X la casilla que corresponde al tipo de novedad que va a reportar, segun la siguiente tabla

Numero	Nombre
1	Modificacion de datos basicos de identificacion
2	Correccion de datos básicos de identificacion
3	Actualizacion del documento de identidad
4	Actualizacion y correccion de datos complementarios
5	Terminacion de la inscripcion en la EPS
6	Reinscripcion en la EPS
7	Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relacion laboral o adquisicion de condiciones para cotizar
10	Terminacion de relacion laboral o perdida de las condiciones para cotizar cotizando
11	Vinculacion 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 del tramite de proteccion al cesante
17	Reporte de la calidad de pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como estén en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, ya la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se debe presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se este reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda con los datos corregidos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que va actualizar y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5 Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente

Código	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen excepturado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando", Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta cuenta por el empleador. La novedad por la condición del código 03 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además, reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirlos por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: inclusión de beneficiarios o de afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de este.
- Marcar con una x la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que este incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe

- Marcar con una "8" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare disolución, 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, según corresponda al tipo de beneficiario que este excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia debera marcar **la novedad 13: Movilidad.** También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo tambien puede marcar **la novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, debera reportar **la novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del nucleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectua la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una x la casilla del numeral 54 del capítulo IX y anexe alla.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demas documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta

A. Al Regimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relacion laboral o adquiere las condiciones para cotizar, debe permanecer en la misma EPS en el Regimen Contributivo.

B. Al Regimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relacion laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Regimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una x en la casilla respectiva, A o B, segun el régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trate de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relacion laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Regimen Subsidiado.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relacion laboral o pierde las condiciones, por cotizar, cuando se trata de la movilidad al Regimen Subsidiado.
- Marcar con una x la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, segun corresponda.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, segun corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relacion o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del nucleo familiar del cual hacia parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9 "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminacion de relacion laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" segun corresponda.

La Entidad Territorial debera diligenciar los datos del capítulo V cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la **libre elección**, **manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen.** La solicitud de traslado a las EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos

- Que esta inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripcion.
- Que no **este el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una** institucion prestadora de servicios de salud.
- Que este el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que finalice en la solicitud de traslado a todo el nucleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una x en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, segun corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual realiza tarde de EPS segun la tabla siguiente

Codigo	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre eleccion
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no exista.
03	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
04	Por unificación del núcleo familiar.
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio el cual se ha cambiado el afiliado
06	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, segun corresponda.
- Marcar con una x en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 61 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los codigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicara el periodo de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del nucleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia, aplica solo para el regimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia.
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del tramite de proteccion al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relacion laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de proteccion al cesante a la Caja de Compensacion Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe

Marcar con una x la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un IBC salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizara como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18 Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe

- Marcar con una x la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 18, 17 y 19 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizara y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo V, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagara sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se este reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esta reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relacion laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;

Novedad 10: Terminacion de la relacion laboral;

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas,

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Entre dato de esta diligencia para la novedad 14 cuando se solicita trasladar y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registrá únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código segun la tabla descrita en la novedad 14 "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16 "Reporte del tramite de proteccion al cesante" o en la novedad 18 "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, segun el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción

48. Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condicion de beneficiarios

49 Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la afiliación 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 vigente 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo III del formulario.

CAPÍTULO IX, ANEXOS

Marque con una x la casilla correspondiente a los documentos(s) que se anexe(n), segun lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

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 conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separacion de cuerpos y escritura pública, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminacion de la union 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. Copia del documento en que conste la perdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaracion suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de 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 del beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPITULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trata de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, segun la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisben:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar

- Número de la ficha Sisben
- Puntaje
- Nivel Sisben (segun el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consulto la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validacion del Sisben.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15621423		HERNANDEZ JULIO RAFAEL RAMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO EL ORIENTE CALLE 28 # 10-36	LA APARTADA-CORDOBA	7626854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	02525656	9410228042	I	2020/09/07	2020/09/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$311,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	tng	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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	15621423	HERNANDEZ RAFAEL		X																231001	30	$877,803	$140,500	EPS044	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$61,100	0	$0	$0	No	$311,400
Total	**Afiliados(1)**																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$61,100		$0	$0		$311,400

2020/09/08 03:45 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15621423		HERNANDEZ JULIO RAFAEL RAMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO EL ORIENTE CALLE 28 # 10-36	LA APARTADA-CORDOBA	7626854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	02525656	9410228042	I	2020/09/07	2020/09/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$311,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$61,100	$0	$0	$61,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$61,100	$0	$0	$61,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$311,400	$0	$0	$311,400

2020/09/08 03:45 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.033.377.068
MOSQUERA PAJARO
APELLIDOS
FRANCIS YAMIR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1997
TADO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-FEB-2016 ARBOLETES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0103700-01005307-M-1033377068-20180510 0061151470A 1 9904313538

147

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS

ARL sura

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 18/09/2020 - 07:17:22

Código de verificación: 2020VI9C1033377068171812

Este formato será el documento que soportará el trámite de su afiliación a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.
Inicio de cobertura: Si cumple con todos los requisitos legales, será al día siguiente de haber recibido la documentación en ARL SURA, en caso de haber programado un ingreso a futuro, la documentación deberá recibirse máximo un día antes de la fecha programada. Si se trata de un traslado de ARL, la fecha de inicio de cobertura se calculará de acuerdo a la normatividad vigente.

DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

Documento	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento
CC1033377068	FRANCIS YAMIR MOSQUERA PAJARO	15/12/1997
Sexo	**Correo electrónico**	**Teléfono**
M	jhoalal@hotmail.com	7626854
EPS	**AFP**	**Ingreso mensual**
NUEVA EPS S.A.	PORVENIR	877,803

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Documento	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento
CC1076386057	ROBERT ESMITH MOSQUERA PAJARO	16/02/1996
Sexo	**Dirección**	**Municipio**
M	ANTIOQUIA, ARBOLETES, TV 26B B. LAS MARIAS, APTO DIAGONAL A LA CANCHA	ARBOLETES
Departamento	**Teléfono**	**Celular**
ANTIOQUIA		3233518231
Correo electrónico	**Vínculo con el trabajador**	
jhoalal@hotmail.com	Hermano	

INFORMACIÓN DE LA OCUPACIÓN U OFICIO DEL TRABAJADOR

Cód Ocupación	Ocupación	Clase de riesgo	Tasa de riesgo
2148	Ingenieros catastrales, topógrafos, geodesias y afines	3	2.436

VIGILADO

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGROS FÍSICOS

Energía Mecánica

Presiones atmosféricas extremas	Vibración *	Ruido *

Energía Térmica

Temperatura extrema por calor *	Temperatura extrema por frío

Energía Electromagnética

Radiaciones ionizantes	Radiaciones no ionizantes

PELIGROS QUÍMICOS

Agregados moleculares

Aerosoles Líquidos: Nieblas	Aerosoles sólidos: Fibras, polvos y humo

Moleculares

Vapores	Gases: Orgánicos e inorgánicos

PELIGROS BIÓLOGICOS

Microorganismos

Virus	Bacterias	Rickettsias	Hongos

Artropodos

Crustaceos	Arácnidos	Roedores

Animales

Invertebrados: Parásitos, protozoos	Vertebrados	Vegetales: Musgos, helechos, semillas

PELIGROS ERGONÓMICOS

Carga física

Estática	Dinámica

Diseño de puesto de trabajo

Planos de trabajo inadecuado	Espacios de trabajo inadecuado *

VIGILADO

PELIGROS PÚBLICOS

Hurto	Manifestación	Terrorismo	Extorsión y Boleteo	Secuestro	Transito

PELIGROS FENÓMENOS NATURALES

Tormentas	Erupción Volcánica	Avalanchas	Inundaciones	Terremotos

PELIGROS DE SEGURIDAD

Físico - Químico

Incendio	Explosión	Fugas de Productos Químicos	Reacciones Químicas

Eléctrico

Alta Tensión	Media Tensión	Baja Tensión	Equipos Eléctricos	Tableros Eléctricos	Instalaciones Eléctricas

Mecánico

Maquinas y Equipos *	Herramientas	Mecánicos en Movimiento	Equipos y Líneas de Presión

Locativos

Trabajo en Alturas	Orden y Aseo	Disposición de Máquinas y Equipos	Instalaciones *

PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO

Condiciones Intralaborales

Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea (NO)	Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas (NO)	El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga (NO)	Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo (NO)	La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva (NO)

Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso (NO)	El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente (NO)	Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria (SI)	**control** El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos (NO)

Condiciones Extralaborales

El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado (NO)	Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo (NO)	La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas (NO)	El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo (NO)	**Control** El esfuerzo realizado no corresponde con el salario (NO)

VIGILADO

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMAS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, es verídica. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante "Las compañías", para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. Declaro y acepto que es mi responsabilidad la utilización de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a "Las compañías" las novedades que se puedan presentar y que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a "Las compañías" por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente en nombre propio a Suramericana S.A. en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias (a necesidad, finalidad adicional tomada de la política), y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.suramericana.com.co.

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismas o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, el domicilio de ARL SURA es la ciudad de Medellín y la dirección es la Calle 49No. 63 - 55 Torre SURAMERICANA

VIGILADO

Firma del trabajador independiente voluntario

Firma del representante ARL SURA

ESTE FORMULARIO SÓLO SE ENTIENDE RECIBIDO SI CONTIENE EL SELLO DE ARL SURA

La afiliación será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos notificados en el proceso de afiliación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado de la afiliación, deberá ingresar a nuestro sitio web www.arlsura.com / Gestión administrativa/Afiliación de Independientes Voluntarios, 24 horas hábiles posteriores a la entrega de la información

Caucasia, Ser...

Médico Especialista en Salud ...

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.038.093.260
LOZANO ROMAN
APELLIDOS
HARVEY CAMILO
NOMBRES

Harvey Camilo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-2001
CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-DIC-2019 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-01[illegible]-01126423-M-1038093260-20000117 00696[illegible]A 1 52383672

CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109

José García Niebles
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolucion SO: 60054316 2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 • Tel: 839 2896
Cra 2da No. 21-80
Caucasia • Antioquia
garcianjl@hotmail.com



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:	CONSORCIO OBRA CAUCASIA 109	EMPRESA EN MISIÓN:	

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] MANIPULACION ALIMENTOS [ ] FECHA: 28.09.2020

NOMBRE: HARVEY CAMILO LOZANO ROMAN C.C. 1038093260

CARGO: OBRERO CIUDAD: CAUCASIA

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO	[X]	5. VISIOMETRÍA	[X]	LABORATORIOS	[ ]
2. AUDIOMETRÍA	[X]	6. PRUEBA PSICOTÉCNICA	[ ]	AUDIOMETRIA: Normal / VISIOMETRIA: Normal /	
3. ESPIROMETRÍA	[ ]	7. EVAL. OSTEOMUSCULAR	[ ]		
4. OPTOMETRÍA	[ ]	8. OTROS	[ ]		

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]

APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] POR MOTIVO DE

APLAZADO [ ] MOTIVO NO APLICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [X]

CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ] POR MOTIVO DE

APLAZADO [ ] POR MOTIVO DE

NO RECOMENDADO PARA EL CARGO [ ] POR MOTIVO DE.

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL: TEMPORAL [ ] POR MOTIVO DE

PERMANENTE [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SUGERIR EN EPS [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL: TEMPORAL [ ] POR MOTIVO DE

PERMANENTE [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN MANIPULACION DE ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APLAZADA [ ]

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL

Control Periodico PP por EPS [ ]
Remisión a EPS por [ ]
Continuar manejo periodico [ ]
Remision a ARL para manejo del caso [ ]
Seguimiento caso ARL [ ]
Incluir en SVE: VISUAL [ ] CARDIOVASCULAR [ ]

OCUPACIONALES

Control periodico ocupacional [ ]
Higiene Postural [ ]
Utilización de EPP [ ]
Pausas activas [ ]
Realización de Pruebas Complementarias [ ]
AUDITIVO [ ] PSICOLABORAL [ ]
RESPIRATORIO [ ] BIOLÓGICO [ ]
ERGONÓMICO [ ] QUÍMICO [ ]

Dieta [ ]
Ejercicio regular 3 veces/sem [X]
Dejar el habito de fumar [ ]
Reducir el consumo de alcohol [ ]

PP: programa de promoción y prevención de la salud. Higiene oral semestral: Citologia cervicovaginal anual; Control de testiculo anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendaciones en higiene postural. Pausas activas. Sensibilización de la importancia de los Estilos de Vida Saludables y el Autocuidado.	Uso de EPP según el cargo y la actividad a ejecutar.

La Resolución 2346 de 2007 reglamenta la práctica y y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, también establece que la en presa solo puede conocer el certificado médico del aspirante. La historia clínica ocupacional, los exámenes y las pruebas complementarias son confidenciales y hacen parte de la reserva profesional. CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. José García Niebles
Md. Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Méd 18417 - 89
U de Resolución SO: 60054316/2016
FIRMA DE MEDICO
Registro Médico 18417-89
Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Harvey Camilo L.
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1038093260

ARL | sura

Medellín, 28 de septiembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GRECON INGENIROS S.A. que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000003 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1038093260	LOZANO ROMAN HARVEY CAMILO	29/09/2020		36218150	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/09/2020 13:31:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.91.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección
Pensiones y Cesantías

Pensión obligatoria

Datos básicos

Información general

Número de Solicitud	Lugar de solicitud	Campaña
1000240596	COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	SIN CAMPAÑA

Foco de gestión	Fecha de solicitud	Tipo de afiliación	AFP administradora anterior	Régimen administrador anterior
*****	2020-09-29	Vinculación inicial	*****	*****

Información personal

Tipo de documento	Número documento de identidad	Lugar de expedición	Fecha de expedición
CÉDULA DE CIUDADANIA	1,038,093,260	COL, ANTIOQUIA, CAUCASIA	2019-12-16

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de nacimiento
HARVEY	CAMILO	LOZANO	ROMAN	2001-12-01

Nacionalidad	Lugar de nacimiento	Género	Estado civil
COLOMBIA	COL, ANTIOQUIA, CAUCASIA	Masculino	SOLTERO(A)

Lugar de residencia	Dirección de residencia
COL, ANTIOQUIA, CAUCASIA	Calle 15 # 15 - 46

Correo electrónico	Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico	Autorizo el envío de información a:
*****	No	Residencia

Teléfono celular	Autorizo el envío de información al celular	Teléfono fijo	Ciudad del teléfono
3104298962	No	*****	*****

Dirección de oficina	Lugar de ubicación de la oficina
*****	*****

Datos laborales

Tipo de afiliado

Protección
Pensiones y Cesantías

Pensión obligatoria

Datos laborales

Tipo de afiliado	Ha cotizado más de 150 semanas en	Cuál(es)
DEPENDIENTE	*****	*****

Trabajador dependiente/asociado

Tipo identificación empleador	CTA/EAT	Número identificación empleador (Sin dígito de verificación)	Nombre o razón social
NIT		900,129,970	GRECON INGENIEROS SAS

Tipo de empleador	Ciudad empleador	Dirección correspondencia empleador
privado	COL, BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ	Carrera 35 # 25 - 47

Correo electrónico empleador	Teléfono fijo	Teléfono celular
GERENCIA@GRECON.COM.CO	3482551	3176667448

Ocupación o cargo actual	Profesión	Salario integral
TECNICO OPERACIONAL	TECNICO OPERACIONAL	No

Salario mensual	Fecha ingreso empresa
$ 877,803	2020-09-29

Beneficiarios

Ap. .dos y Nombres	Sexo	Número identificación	Tipo identificación	Fecha nacimiento	Código parentesco
*****	*****	*****	*****	*****	*****

Representante Comercial

Tipo identificación	Identificación	Nombre	Oficina
CC	11322162	Hollman Lopez Arias	2702