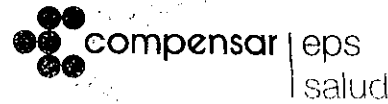


**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



No. de Radicación: _____ Fecha de Radicación: _____

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	Código a registrar por la EPS: _____
--	--	--	---	--------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres: _____

7. Tipo de documento de identidad: _____ 8. Número de documento de identidad: _____

9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento: _____

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: _____ 12. Discapacidad: Tipo: _____ Condición: _____

13. Puntaje SISBEN: _____ 14. Grupo de población especial: _____

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: _____ 16. Administradora de pensiones: _____

17. Ingreso base de cotización - IBC: _____ 18. Residencia: _____

Zona Urbana ☐ Rural ☐

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: _____

20. Tipo de documento de identidad: _____ 21. Número de documento de identidad: _____

22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento: _____

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino ☐ Masculino ☐
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			F N M T P	Municipio / Distrito Zona Urbana ☐ Rural ☐ Departamento	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

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

35. Nombre e 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): _____

39. Ubicación: _____

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
1. Modificación datos básicos de identificación ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐	15. Reporte por fallecimiento ☐
3. Actualización documento de identidad ☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐
Terminación de la inscripción en la EPS ☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
Código: _____		
6. Reinscripción en la EPS ☐		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

42. Tipo de documento de identidad: _____ 43. Número de documento de identidad: _____

44. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 45. Fecha de nacimiento: _____

46. EPS anterior: _____ 47. Motivo de traslado: _____

48. Caja de Compensación Familiar y Pagador de Pensiones: _____

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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. ☐
50. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios e afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐
53. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐	54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐
55. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐	
56. 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. ☐	

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

57. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total: _____	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
58. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐	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 muerte de los dos padres. ☐
59. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
60. 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 y sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
61. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐	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 uno. ☐

23 AGO 2017

Medellín, 12 de diciembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que SANDRA YOLIMA FERNANDEZ ALVAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52954183 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/12/2016

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION. INCLUYE: HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - ADMINISTRATIVO

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

1851201 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, INCLUYE CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTOLÓGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICAS CUMPLAN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCIÓN VIGENTES.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION. INCLUYE: HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación 1734637061

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el

12/12/2017 10:17 AM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ ALVAREZ SANDRA YOLIMA** identificado(a) con CC número **52.954.183** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 05 de mayo de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2017.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co