

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD
FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S. - REGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA
TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PUBLICOS
FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA
MAYUSCULA E IMPRINTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

02018202163

CONSECUTIVO
FECHA
RADIACION
04 NOV 17 12:07

Nº 0590108

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

Tipo de filiación: ☒ INDIVIDUAL ☐ COLECTIVA

Fecha de afiliación: 02/04/17

Entidad de previsión: EPS de la cual se trasladó

Código: 006

Traslado de otra EPS: ☐

Trabajo: ☐ DONDE LABORA: ☐ DIRECCION: ☐ SEXO: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Nombre: CARLOS JACINTO

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 04/11/1965

Código: 2658366

II. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

1er. y 2do. BENEFICIARIO

Nombre: LILIANA MARIA

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 06/12/1996

Sexo: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Telefono: 2658366

Clase de cotización: ☐ SI ☐ NO

Clase de desaprobarcion: ☐ SI ☐ NO

2do. BENEFICIARIO

Nombre: LILIANA MARIA

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 06/12/1996

Sexo: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Telefono: 2658366

Clase de cotización: ☐ SI ☐ NO

Clase de desaprobarcion: ☐ SI ☐ NO

3er. y 4to. BENEFICIARIO

Nombre: LILIANA MARIA

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 06/12/1996

Sexo: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Telefono: 2658366

Clase de cotización: ☐ SI ☐ NO

Clase de desaprobarcion: ☐ SI ☐ NO

III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

Declaración jurada: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) cotizante(s) y beneficiarios reportados no están afiliados a otra EPS.

Observaciones: 1703

Nombre: CARLOS JACINTO

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 04/11/1965

Sexo: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Telefono: 2658366

Clase de cotización: ☐ SI ☐ NO

Clase de desaprobarcion: ☐ SI ☐ NO

IV. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fecha de ingreso: 04/11/1993

Código: 2658366

Actividad económica: 2658366

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Nombre: CARLOS JACINTO

Primer apellido: HERNANDEZ

Segundo apellido: HERNANDEZ

Fecha nacimiento: 04/11/1965

Sexo: ☐ F ☐ M

Municipio: MEDALLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

Residencia: Calle 24 # 30-500

Telefono: 2658366

Clase de cotización: ☐ SI ☐ NO

Clase de desaprobarcion: ☐ SI ☐ NO

CONVEL
FIRMA EMPLEADOR O BENEFICIARIO
FIRMA Y FECHA
CIUDAD Y FECHA

REVISADO
APROBADO
GRABADO
VALIDADO
FIRMA AUTORIZADA
CIUDAD Y FECHA
PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

CODIGO 006

CONSECUTIVO

02018202163

04 NOV 17 12:07

FECHA
RADICACION

Nº 0590103

TRASLADO DE OTRA EPS ☐ ENTIDAD DE PREVISION O EPS DE LA CUAL SE TRASLADA

CODIGO

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

| | | |
|--|---|---|
| TIPO DE AFILIACION: <input checked="" type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA | FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA AÑO 2004 MES 11 DIA 17 | Nº 0590103 |
| TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV | PRIMER APELLIDO MUNERA | SEGUNDO APELLIDO VESGA |
| Nº DE DOCUMENTO 98489392 | 1er. y 2do. NOMBRE CARLOS HECTOR | FECHA NACIMIENTO AÑO 1965 MES 04 DIA 13 |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DIRECCION RESIDENCIA C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN |
| MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | |
| DIRECCION DONDE LABORA C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA |
| TELEFONO TRABAJO 2658866 | FAX 2651335 | TELEFONO RESIDENCIA 2686042 |
| IPS QUE LE PRESTARA LOS SERVICIOS DE SALUD CENTRAL | CODIGO | |

II. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

| | | | |
|---|---|-------------------------|--------------------------|
| BENEFICIARIO Nº DE DOCUMENTO 42786323 | TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV | PRIMER APELLIDO HERRERA | SEGUNDO APELLIDO TREJOS |
| 1er. y 2do. NOMBRE LEIANA MARIA | FECHA NACIMIENTO AÑO 1970 MES 04 DIA 29 | | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | PARENTESCO <input checked="" type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR (años) <input type="checkbox"/> | IPS | |
| DIRECCION RESIDENCIA C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | |
| TELEFONO 2658866 | COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | CLASE DE DESAPROBACION | |
| 2do. BENEFICIARIO Nº DE DOCUMENTO 24510154 | TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV | PRIMER APELLIDO MUNERA | SEGUNDO APELLIDO HERRERA |
| 1er. y 2do. NOMBRE FEIPE | FECHA NACIMIENTO AÑO 1996 MES 06 DIA 21 | | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | PARENTESCO <input checked="" type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR (años) <input type="checkbox"/> | IPS | |
| DIRECCION RESIDENCIA C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | |
| TELEFONO 2658866 | COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | CLASE DE DESAPROBACION | |
| 3er. BENEFICIARIO Nº DE DOCUMENTO 18443018 | TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV | PRIMER APELLIDO MUNERA | SEGUNDO APELLIDO HERRERA |
| 1er. y 2do. NOMBRE SARA MARIA | FECHA NACIMIENTO AÑO 1992 MES 11 DIA 11 | | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | PARENTESCO <input checked="" type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR (años) <input type="checkbox"/> | IPS | |
| DIRECCION RESIDENCIA C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | |
| TELEFONO 2658866 | COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | CLASE DE DESAPROBACION | |

| | |
|------------------------|--|
| OBSERVACIONES Del 1703 | FIRMA Y Nº DOCUMENTO TRABAJADOR Carlos Munera 98489392 |
|------------------------|--|

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIOS REPORTADOS NO ESTAN AFILIADOS A OTRA EPS.

III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Nº DE DOCUMENTO 890905022 | TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV | RAZON SOCIAL O NOMBRE CONVEL SA |
| DIRECCION PRINCIPAL C/ 63B # 72E-26 | MUNICIPIO MEDELEN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA |
| TELEFONO 2658866 | FAX 2651335 | SUCURSAL 001 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA Diferido y Construcción | CODIGO | |
| ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Sinatep | CODIGO ARP | |

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

| | | |
|---|---------------|----------------------|
| FECHA DE INGRESO AÑO 1993 MES 10 DIA 11 | CARGO D. obra | INGRESO BASE 2300000 |
|---|---------------|----------------------|

IV. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

| | | |
|---|------------------------------|----------------|
| ESTRATO SOCIOECONOMICO <input type="checkbox"/> | FIRMA AUTORIZADA | CIUDAD Y FECHA |
| | PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS | |
| REVISADO | APROBADO | GRABADO |
| | | VALIDADO |

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA Medellin 13/11/2004 | FIRMA EMPLEADOR O PERSONA ENCARGADA |
| | CONVEL |
| | NIT. 890905.022-6 |



INSTITUTO
DE SEGUROS
SOCIALES

INSCRIPCION DE TRABAJADORES

(ESPACIO RESERVADO
PARA SELLO RELOJ/ISS)

| 1. DATOS DE LA INSCRIPCION | INGRESO | MODIFICAC. | NOVEDAD INTERNA |
|----------------------------|---------|------------|-----------------|
| CCIONAL | X 1 | 3 | 8 |

| 2. DATOS DEL PATRON O ENTIDAD AGRUPADORA | |
|--|-----------------------------------|
| NUMERO PATRONAL | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PATRONO |
| 02018202163 | CONVEL S.A. |
| | MUNICIPIO MEDELLIN |

| 3. DATOS DEL TRABAJADOR | | | |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| No. DE AFILIACION | DOCUMENTO IDENTI. | NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO |
| X | T.L. NIT. | 98.489.392 DE BELLO | M X F |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA | NOMBRES | INGRESO MENSUAL |
| MUNERA | VELEZ | CARLOS HECTOR | \$ 400.000 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA OFICIO O CARGO | ASALARIADO | DIRECCION RESIDENCIA | COD. ZONAL |
| INGENIERO RESIDENTE | SX NO | CALLE 7 # 70-500 | MEDELLIN |

| 4. DATOS DEL SITIO DE TRABAJO | | | |
|-------------------------------|-----------|----------------------|-----------------------|
| DIRECCION DE TRABAJO | TELEFONOS | MUNICIPIO DE TRABAJO | COD. RECEPC. TARJET. |
| OBRA SELVA CLARA POBLADO | 266-48-05 | MEDELLIN | |
| | | | COD. LUGAR DE TRABAJO |
| | | | CODIGO CAB |

| | | |
|---------------------------|----------------------|-------------------------------|
| FIRMA Y SELLO DEL PATRONO | FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE |
| | | |
| | C.C. 98'489.392. | |

SF-31-002 FORMAS impresas en: TEL. 290.4103 290.4191

- INFORMATICA - AFILIACION Y REGISTRO - ISS -

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SON PARA USO DEL
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

DIVISION SEGUROS
ECONOMICOS
AFILIACION Y REGISTRO
Oct 14 9 54 AM '93