

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**



No de Radicacion
4008276097

Fecha de Radicación
1 2 0 5 2 0 2 2

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

Página 1 de 2

1. tipo de tramite	2. Tipo afiliacion	A. Individual:	-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	3. Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	-Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	
			A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
			C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
A. AFILIACIÓN				

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

6. Apellidos y nombres	ROMERO Primer apellido	CORTES Segundo apellido	PAOLA Primer nombre	ANDREA Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	CC	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		53012139	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
				0 1 0 3 1 9 8 4

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales	11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNIM	Condicion <input type="checkbox"/> TP	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC			1100000
18. Residencia	CL 150 48 46 AP 103 Dirección	Telefono fijo	3046793469 Telefono celular	PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM Correo electrónico
	BOGOTA Municipio/Distrito	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTA Departamento

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

19. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1 B2 B3 B4 B5		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición	
B1 B2 B3 B4 B5		Type F N M	T P	
32. Datos de residencia	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 Salud - IPS	VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VS AUTONORT	VS AUTONORT
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Número de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PAOLA ANDREA ROMERO CORTES	CC	53012139	01
39. Ubicación CL 150 48 46 AP 103 Dirección	3046793469 Teléfono	PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito Departamento

## 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/o corrección datos complementarios  
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código: 

6. Reinscripción en la EPS  
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar  
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  
 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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. Régimen Subsidiado  
 14. Traslado:  A. Misma régimen  
 B. Diferente régimen  
 15. Reporte de fallecimiento  
 16. Reporte del trámite de protección al cesante  
 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado  
 18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	42. Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	1 2 0 5 2 0 2 2
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	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 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 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 celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

Paola Romero

Paola Romero

## 54. Cotizante o 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.  RC.  TI.  CC.  PA.  CE.  CD.  SC.   
 Cantidad:          Total:  0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.  
 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor  
 61. Copia orden judicial o 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 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 Código del municipio	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>				
Observaciones					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.