

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4008276097

Fecha de Radicación

1/2/05/2/02/2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | | 2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> | | 3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | |
| 4. Tipo de afiliado 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"/> | | 6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/> | |

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 <input type="text" value="CC"/> | | 8. Número del documento de Identidad 53012139 | | 9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 10. Fecha de nacimiento 01/03/1984 | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

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 completos | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | |
| 20. Tipo documento de identidad <input type="text" value=""/> | | 21. Número documento identidad | |
| 22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 23. Fecha de nacimiento | |

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

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| 24. Apellidos y nombres | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | |
| Primer nombre | | Segundo nombre | |
| 25. Tipo documento de identidad | | 26. Número de identidad | |
| 27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | 28. Fecha de nacimiento | |

| | | | | | | | |
|----------------|--|-----------|--|------------------|--|-----------|--|
| 29. Parentesco | | 30. Etnia | | 31. Discapacidad | | Condición | |
| | | | | Tipo | | | |
| | | | | F | | N | |
| | | | | M | | T | |
| | | | | P | | | |

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| 32. Datos de residencia | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) | |
| Municipio/Distrito | | Zona | |
| | | Urbana Rural | |
| Departamento | | Teléfono Fijo y/o celular | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | Código de la IPS (a registrar por la EPS) | |
| C VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162 | | VSAUTONORT - VSAUTONORT | |
| B - | | - | |
| B - | | - | |
| B - | | - | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|--|---|--|---|--|
| 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 | | <input type="text" value="CC"/> | | 53012139 | | 01 | |
| 39. Ubicación | | Dirección | | Teléfono | | Correo electrónico | |
| CL 150 48 46 AP 103 | | 3046793469 | | PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM | | BOGOTA Municipio/distrito | |

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 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. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo 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


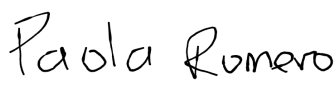
41. Datos básicos de la identificación

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|-----------------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo | | Fecha de nacimiento | | 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

| | |
|---|---|
|  |  |
| 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 consiste 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 | | Código del Departamento | | 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"/> | | |
| 70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | | | |
| Tipo documento de identidad | | Número documento de identidad | | 71. Firma del funcionario | | | | | |
| <input type="text"/> | | <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 información registrada.