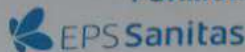


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nombre del afiliado (a) (Obligatorio)
NIT: 900 251 450-4

No. de Radicación

Fecha de Radicación



178753714

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código Si registra por la EPS: 05

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Garcia Segundo Apellido: Segundo Apellido	7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 77649451	9. Sexo Femenino Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 10/09/1978
---	---	--	---	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC \$7.500.000	
18. Residencia Dirección: Diagonal 5330-#G1F26 Teléfono Celular: 3143173317 Correo Electrónico: millosvale32@hotmail.com Municipio / Distrito: Bogotá Zona Urbana ☒ Rural ☐ Localidad / Comuna: Tenjuelito Departamento: Cundinamarca			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido	20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos de Residencia

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

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)
C	
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 documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Departamento
Correo Electrónico	Teléfono Fijo		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Movilidad
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 14. Traslado
Código	☐ A. Mismo Régimen
☒ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido			
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CN TI CE RC CC PA SC		Femenino Masculino	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
	Código		

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 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.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad.									
☐ 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	Número de ficha		
Código del Departamento	Puntaje		
	Nivel		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del Funcionario		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento	Número de documento de identidad		
Observaciones:			

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

