

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



| | |
|-------------------------|----------------------------|
| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
| 4012765477 | 0 5 0 7 2 0 2 4 |

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. tipo de trámite | 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"/> |
| | | B. Institucional <input type="checkbox"/> | B. De oficio <input type="checkbox"/> | B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado | | | | |
| 5. Tipo de cotizante | | | | |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> | B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> | B. Independiente <input type="checkbox"/> |
| Codigo (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/> | | | | |

Digitized by srujanika@gmail.com

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) | | | |
| 6. Apellidos y nombres | | | |
| MONTOYA Primer apellido | VELASQUEZ Segundo apellido | OSCAR Primer nombre | ARLEY Segundo nombre |
| 7. Tipo documento de Identidad | 8. Número del documento de Identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
| CC | 71744054 | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 0[5 0 4 1 9 7 4 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

III. DATOS PERSONALES

| | | | | | | | |
|--|--|------------------|-----|--|--------------------------------|--|---------------------------|
| 11. Etnia | | 12. Discapacidad | | 13. Puntaje SISBEN | | 14. Grupo de población especial | |
| 6 | | Tipo | FNM | Condicion | TP | | |
| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | | | | 16. Administradora de Pensiones | | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC | |
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | | | | INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL | | 1300000 | |
| 18. Residencia | | | | | | | |
| CL 39 38 187 Dirección | | Teléfono fijo | | 3192581471 Teléfono celular | | OSCARMONTOYA@HOTMAIL.COM Correo electrónico | |
| MEDELLIN Municipio/Distrito | | zona | | Urbana <input checked="" type="checkbox"/> | Rural <input type="checkbox"/> | 57 Localidad / comuna | ANTIOQUIA Departamento |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 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 | | Femenino | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | | 30. Etnia | | 31. Discapacidad | | | Condición | |
|----------------|--|-----------|--|------------------|---|---|-----------|---|
| | | | | Tipo | | | | |
| | | | | F | N | M | T | P |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

32. Datos de residencia

| Municipio/Distrito | Zona | | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|--------------------|--------|-------|--------------|---------------------------|---|
| | Urbana | Rural | | | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| R4 | | | | | |

B5

| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|--|-------------------------|--|
| C | VS TRANVIA - VS TRANVIA | VSTRANVIA - VSTRANVIA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

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

| | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|---------------------------|
| 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) | |
| VALENTINA LONDOÑO SANCHEZ | CC | 1036259122 | 01 | |
| 39. Ubicación | | | | |
| CL 24 53 125 Dirección | 3128514791 Teléfono | LONDONOVALENTINA01@GMAIL.COM Correo electrónico | RIONEGRO Municipio/distrito | ANTIOQUIA 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 | Fecha de nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="text"/> |
| 42. Fecha | 0 5 0 7 2 0 2 4 | | |
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones | |
| Código: <input type="text"/> | | | |

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 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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 71. Firma del funcionario | | | |
| <input type="text"/> | <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 informaciones registradas.