

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <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"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

5. Apellidos y Nombres Primer apellido: <u>Santiago</u> Segundo apellido: <u>Arayo</u> Primer nombre: <u>Carlos</u> Segundo nombre: <u>Maño</u>					
7. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	8. N° del documento de identidad: <u>1.044.429.025</u>	9. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10. Fecha de nacimiento: <u>27/06/1993</u>	Estado Civil	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M Condición: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBEN: <u>0</u>	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <u>Sura</u>	16. Administradora de pensiones: <u>Ponvenir</u>	17. Ingreso base de cotizante: <u>1.000.000</u>	
18. Residencia Dirección: <u>cra 5#118-05</u> Teléfono Fijo: <u>3155425168</u> Teléfono Celular: <u>3155425168</u> Correo Electrónico: <u>prokresalca@gmail.com</u>		19. Localidad / Comuna: <u>Atlántico</u>	

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 Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:					
20. Tipo de documento de identidad	21. N° del documento de identidad	22. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	23. Fecha de nacimiento	Dirección	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P Condición: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia		Zona: <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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 O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: <u>redexpress del valle</u>	36. Tipo de documento de identificación: <u>NIT</u>	37. Número del documento de identificación: <u>901567409</u>	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: <u>cra 52 No. 15-87</u>	<u>9125123</u>	Correo Electrónico: <u>redexpress@avalon.com</u>	Departamento: <u>Atlántico</u>



**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

<input type="radio"/> 1. Modificación de los datos básicos de identificación.	<input type="radio"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="radio"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="radio"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="radio"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="radio"/> 13. Movilidad: A Régimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="radio"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: _____	<input type="radio"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="radio"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="radio"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="radio"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="radio"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="radio"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="radio"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="radio"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="radio"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

**VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD**

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

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensione	
		Código		
			Fecha de nacimiento: 05/09/2022	
			42. Fecha	

**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 impliquen 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 de 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 la 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.

Cantidad: CN  TI  PA  CD  Total: \_\_\_\_\_

RC  CC  CE  SC

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 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. Copie 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 departamento	67. Datos del SISGEN	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	D	D	M	M	A	A	A	A
Código del Municipio		Número de Ficha			69. Fecha de Validación	D	D	M	M	A	A	A	A
70. Nombre del funcionario que realiza la validación													
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre										
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario										

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