



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación
201102022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

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 (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Galezbo Guerrero Steven

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1042347352

9. Sexo: Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento: 06/01/47

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo Condición

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Plazos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Colpoveda

17. Ingreso base de cotización - IBC: \$ 1000.000

18. Residencia: CR 72 # 16-47

Teléfono Fijo: 3104634637

Zona: Urbana Rural

Municipio/Distrito: Bogotá

Localidad/Comuna: Suba

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

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido			Femenino / Masculino	D D M M A A A A
B1				
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	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Urbana			
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	
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: Asistencia Organizacional

36. Tipo de documento de identificación: CC

37. Número del documento de identificación: 901212700

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: CR 44 # 72-107

40. Municipio/Distrito: Bogotá

41. Localidad/Comuna: Suba

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

- 40. Tipo de Novedad**
- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
 - 2. Corrección de datos básicos de identificación.
 - 3. Actualización del documento de identidad.
 - 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
 - 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
 - 6. Reinscripción en la EPS.
 - 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
 - 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
 - 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
 - 10. Terminación de 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 de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	42. Fecha 20 1 02 022
Numero del documento de identidad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	D D M M A A A A	
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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no intermediación 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 vigentes 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
STEVEN GALAZZO G.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Elyana Leguerra

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: Total
- 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 Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Tipo documento de identidad <input type="text"/> Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	

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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -