

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion  
4010216334

Fecha de Radicación  
0|5|0|5|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. tipo de tramite 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"/>		-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Regimen 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"/>			Codigo (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 AGUIRRE Primer apellido		SOACHA Segundo apellido		SONIA Primer nombre		ROCIO Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 52463842		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 1 1 0 1 1 9 7 9	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNH"/> Condicion <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de poblacion especial <input type="text"/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS LA EQUIDAD			16. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL			17. Ingreso base de cotizacion - IBC 1160000	
18. Residencia CR 77 H 65 J 41 SUR CR 77 SUR Dirección		3115335 Telefono fijo		3115335554 Telefono celular		SASILAS7@HOTMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		57 Localidad / comuna		BOGOTA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
20. Tipo documento de identidad <input type="text"/>		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	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	
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							
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

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

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 SONIA ROCIO AGUIRRE SOACHA		36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/>	
37. Numero de documnto de Identificación 52463842		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CR 77 H 65 J 41 SUR CR 77 SUR Dirección		3115335 Teléfono	
SASILAS7@HOTMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
BOGOTA 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 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	
<b>Tipo documento de identidad</b>	<b>Número documento de identidad</b>	<b>Sexo</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>42. Fecha</b>	
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>				0 5 0 5 2 0 2 3	
<b>43. EPS anterior</b>		<b>44. Motivo de traslado</b> Código: <input type="checkbox"/>		<b>45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones</b>			

## 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

Sonia Aguirre	Sonia Aguirre
<b>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</b>	<b>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</b>

## 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

<b>66. Identificación de la Entidad Territorial</b>		<b>67. Datos del SISBEN</b>		<b>68. Fecha de radicación</b>		<b>69. Fecha de validación</b>	
<b>Código del municipio</b>	<b>Código del Departamento</b>	<b>Número ficha</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>70. Datos funcionario que realiza la validación</b>							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
<b>Tipo documento de identidad</b>	<b>Número documento de identidad</b>			<b>71. Firma del funcionario</b>			
<input type="checkbox"/>							
<b>Observaciones</b>							

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.