

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación: 11711 Fecha de Radicación: 11/07/2018



171328867

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: 1
 A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio

3. Régimen: 2
 A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: 1
 A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: 1
 A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

Código: 1
 (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido Davans Segundo Apellido Rodriguez Primer Nombre Cosay Segundo Nombre Augusto

7. Tipo de documento de Identidad: 1
 CN TI CE CD RC CC PA SC

8. Número del documento de Identidad: 1082081319

9. Sexo: 2
 Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento: 20/07/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: 1

12. Discapacidad: 1
 Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN: 1

14. Grupo de población especial: 1

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: 1

16. Administradora de Pensiones: 1

17. Ingreso base de cotización - IBC: 116000

16. Residencia Dirección: 1
 Teléfono Celular: 3274732719 Correo Electrónico: erdavans@hotmail.es Teléfono Fijo: 1

Municipio / Distrito: 1 Zona: 1 Localidad / Comuna: 1 Departamento: 1

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 1 Segundo Apellido 1 Primer Nombre 1 Segundo Nombre 1

20. Tipo de documento de Identidad: 1
 CN TI CE CD RC CC PA SC

21. Número del documento de Identidad: 1

22. Sexo: 1
 Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento: 1

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	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
B2	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
B3	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
B4	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
B5	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1	<u>1</u>	<u>1</u>	Femenino Masculino	<u>1</u>	<u>1</u>
B2	<u>1</u>	<u>1</u>	Femenino Masculino	<u>1</u>	<u>1</u>
B3	<u>1</u>	<u>1</u>	Femenino Masculino	<u>1</u>	<u>1</u>
B4	<u>1</u>	<u>1</u>	Femenino Masculino	<u>1</u>	<u>1</u>
B5	<u>1</u>	<u>1</u>	Femenino Masculino	<u>1</u>	<u>1</u>

	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	<u>1</u>	F N M T P	Municipio/Distrito: <u>1</u> Zona: Urbana Rural Departamento: <u>1</u> Teléfono Fijo y/o Celular: <u>1</u>	<u>1</u>
B2	<u>1</u>	F N M T P	Municipio/Distrito: <u>1</u> Zona: Urbana Rural Departamento: <u>1</u> Teléfono Fijo y/o Celular: <u>1</u>	<u>1</u>
B3	<u>1</u>	F N M T P	Municipio/Distrito: <u>1</u> Zona: Urbana Rural Departamento: <u>1</u> Teléfono Fijo y/o Celular: <u>1</u>	<u>1</u>
B4	<u>1</u>	F N M T P	Municipio/Distrito: <u>1</u> Zona: Urbana Rural Departamento: <u>1</u> Teléfono Fijo y/o Celular: <u>1</u>	<u>1</u>
B5	<u>1</u>	F N M T P	Municipio/Distrito: <u>1</u> Zona: Urbana Rural Departamento: <u>1</u> Teléfono Fijo y/o Celular: <u>1</u>	<u>1</u>

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: 1 Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1

	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	<u>1</u>
B	<u>1</u>
B	<u>1</u>
B	<u>1</u>

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

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 <i>Asociación ADE</i>	36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC TI <input checked="" type="checkbox"/> PA CE <input type="checkbox"/> CD	37. Número del documento de identificación <i>90154335</i>	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico		Municipio / Distrito <i>Boquerilla</i>	Departamento <i>Huaco</i>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido: *Acosta* Segundo Apellido: *Acosta* Primer Nombre: *Yvonne* Segundo Nombre: *Yvonne*

Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
			<i>08/05/2023</i>	<i>10/05/2023</i>

43. EPS anterior: *20 Dis. Cotizante* 44. Motivo de traslado Código: *20 Dis. Cotizante* 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: *20 Dis. Cotizante*

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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: *Yvonne Acosta*

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: *Yvonne Acosta*

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad <input type="text"/> CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 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 Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
		<i>08/05/2023</i>	<i>10/05/2023</i>

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido: *Yvonne* Segundo Apellido: *Acosta* Primer Nombre: *Yvonne* Segundo Nombre: *Acosta*

71. Firma del Funcionario: *Yvonne Acosta*

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulero el usuario manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Contable: <i>Yvonne Acosta</i>	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
---	---------------------	-----------------------