

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



<b>No de Radicación</b>
4008766896

<b>Fecha de Radicación</b>
1 7 0 8 2 0 2 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> B. 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"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres SANTIAGO Primer apellido		CASTRO Segundo apellido		ALFONSO Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de identidad 8715755		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 2 8 1 1 1 9 6 0	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNM"/> Condición <input type="text" value="TP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de población especial <input type="text"/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000			
18. Residencia CR 9D 37 32 Dirección		3015154573 Teléfono celular		CARIBBEANWORKSAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico			
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna		ATLANTICO 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 Tipo F N M T P			Condición		
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - OSTOTAL SAS BOULEVARD CP		Código de la IPS(a registrar por la EPS) VS20JULIOB - OSTOTALSB	
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 CARIBBEAN WORK SAS		36. Tipo de identificación <input type="text" value="NIT"/>		37. Numero de documento de Identificación 901110331		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01			
39. Ubicación CR 53 70 86 OF 109 EL PRADO Dirección		3044481 Teléfono		CARIBBEANWORKSAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito		ATLANTICO 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 relacion 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. Mismo régimen  
 B. Diferente régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del tramite 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	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 7 0 8 2 0 2 2			
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 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 consiste 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"/>	Código del Departamento	<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		Segundo apellido		Primer nombre		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Número documento de identidad						
<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 información registrada.