

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016091215	1 3 0 1 2 0 2 6

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1.Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/>	2.Tipo afiliacion B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3.Regimen A.Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B.Subsidiado <input type="checkbox"/>	4.Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		7.Código (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN					
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)					
8.Apellidos y nombres PAREDES Primer apellido	REALES Segundo apellido	RUSBEL Primer nombre	DAVID Segundo nombre		
9.Tipo documento de Identidad CC	10.Número del documento de Identidad 77175815	11.Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12.Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		
13. Nacionalidad COLOMBIA	14.Lugar Nacimiento Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio: 1 3 0 5 1 9 7 3		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6	17.Comunidad	18.Discapacidad Categoria Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
19.Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20.Clasificación SISBEN Nivel _____ Grupo _____	21.Grupo población especial	
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1750905	25. Tarifa Contribución Solidaria
26.Residencia CL 6 SUR 50D 42 BRR 7 DE ABRIL Dirección CESAR Departamento	Telefono fijo VALLEDUPAR Municipio/Distrito	3153015058 170 Localidad / comuna	Telefono celular DAVID6@GMAIL.COM Correo electronico Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad _____	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual
32. Nacionalidad 33.Lugar Nacimiento Pais:	34.Fecha Nacimiento Departamento: Municipio:		

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

35. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
36. Tipo documento de identidad B1	37. Número de identidad B2	38. Nacionalidad B3	39.Sexo Biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40.Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> cual	41.Lugar Nacimiento Pais B1	42.Fecha de nacimiento Departamento B2
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Gruop poblacional especial	47.Encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48.Clasificación SISBEN Nivel _____ Grupo _____	49.Discapacidad Categoría Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	50.Incapacidad Permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento B1	Municipio/Distrito B2	Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular Correo Electrónico B3	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) B4
B2				
B3				
B4				
B5				
Dirección B1		Localidad/Comuna B2	Correo Electrónico B3	
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

53.Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS CLINICA LOPERENA - VS CLINICA LOPERENA	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS) VSCLOPEREN - VSCLOPEREN
B -	-
B -	-
B -	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social INGEOMEGA SA	56. Tipo de identificación NIT	57. Número de documento de identificación Identificación 800027813	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CR 55 B 72 A 116 ITAGUI Dirección	3142462 Teléfono fijo o celular	NOMINA@INGEOMEGA.COM Correo electrónico	ANTIOQUIA Departamento
			MEDELLIN Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
 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 la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
 11. Inscripción EPS retorno al país.

12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
 15. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen
 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
 17. Reporte del trámite de protección al cesante
 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
 19. Reporte de la calidad del pensionado
 20. Ingreso a contribución solidaria
 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 1 3 0 1 2 0 2 6	67.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
 73. 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.
 74. 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 poir sus funciones la requieran
 75. 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
 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>		

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
--	---

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
 Cantidad: Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
 85. 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.
 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
 88. 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.
 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 91. 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/>	Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la Institución
--	---	------------------------------

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>	95. Firma del funcionario	
96. Fecha de Radicación <input type="text"/>	97. Fecha de Validación <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.