

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nuestro compromiso es contigo
 800 361 440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación



171095146

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

DATOS DEL TRÁMITE			
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación	
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	
3. Régimen		4. Tipo de Afiliado	
A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de Colizante		Código	
A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		(a registrar por la EPS) 01	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del conjuente o cabeza de familia)												
6. Apellidos y nombres				Primer Apellido			Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
				VARGAS		CASTRO		JESSICA		MACERLEY		
7. Tipo de documento de Identidad				8. Número del documento de Identidad				9. Sexo		10. Fecha de nacimiento		
CN	TI	CE	CD	1000810060				Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>0</div> </div>		
RC	CC	PA	SC									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales				
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.350.000	
18. Residencia Dirección Cll 3 sur # 1-52 este				Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3203630654		Correo Electrónico mayerlyvargas03@gmail.com		
Municipio / Distrito BOGOTÁ		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna	Departamento BOGOTÁ DC

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente colizante											
19. Apellidos y nombres				Segundo Apellido				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido											
20. Tipo de documento de identidad				21. Número del documento de identidad				22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
CN	TI	CE	CD					Femenino	Masculino	D D M M A A	
RC	CC	PA	SC								

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			

Datos Complementarios

Datos complementarios		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	Femenino	Masculino	<input type="text"/>	
B1		Femenino	Masculino	<input type="text"/>	
B2		Femenino	Masculino	<input type="text"/>	
B3		Femenino	Masculino	<input type="text"/>	
B4		Femenino	Masculino	<input type="text"/>	
B5		Femenino	Masculino	<input type="text"/>	

30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de Residencia				33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo	Condición	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	
B1	F N M	T P		Urbana	Rural		
B2	F N M	T P		Urbana	Rural		
B3	F N M	T P		Urbana	Rural		
B4	F N M	T P		Urbana	Rural		
B5	F N M	T P		Urbana	Rural		

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		

- 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 TRANSPORTE NUEVA ERA	36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 901056044	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito BOGOTÁ	Departamento BOGOTÁ D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento	
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC	Femenino Masculino		0 0 / 0 0 / 0 0	
						42. Fecha 08/02/2023	

43. EPS anterior SANITAS	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
------------------------------------	----------------------------------	--

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 checked="" 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 JESSICA UARGAS	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio Mariam Luna
---	---

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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Firma del Funcionario

Observaciones:	71. Firma del Funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario	Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Alexander Oviedo Padraza 1.013.637.785	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
---	--	---------------------	-----------------------