

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Número de Identificación del Contrato

NIT: 800.251-440-8

No. de Radicación

Fecha de Radicación



171095146

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de Colizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado	6. Código (a registrar por la EPS) <input checked="" type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del colizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido UARGAS	Segundo Apellido CASTRO	Primer Nombre JESSICA	Segundo Nombre MAYERLY
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 1000810060	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

II. 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 1.350.006		
18. Residencia Dirección COL 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 cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>
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		25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
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 Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M	T P		Urbana	Rural	<input type="text"/>
B2	F N M	T P		Urbana	Rural	<input type="text"/>
B3	F N M	T P		Urbana	Rural	<input type="text"/>
B4	F N M	T P		Urbana	Rural	<input type="text"/>
B5	F N M	T P		Urbana	Rural	<input type="text"/>

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. INSTITUCIÓN O DE OFICIO											
35. Nombre o razón social TRANSPORTE NUEVA ERA	36. Tipo documento de identificación NIT X CC	TI PA	CE CD	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

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 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 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 de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN CN CC RC TI CC PA RC		Número del documento de identidad CE CD SC	
Sexo Femenino		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
42. Fecha 08027023			
43. EPS anterior SANITAS		44. Motivo de traslado Código	
		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 los 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 Servicios 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 o 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 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

Maryam Luna

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/>	Cantidad	TOTAL
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
58. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
61. Copia de la orden judicial o del 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 dos 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 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 licha	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

Tipo de documento



71. Firma del Funcionario

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

**Alexander Oviedo Pedraza
1.013.637.785**

Sello de Radicación

Sticker procesamiento