

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**



No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014593830	2 2 0 4 2 0 2 5

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

Página 1 de 2

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

**6. Tipo de cotizante**

A. AFILIACIÓN

8.Apellidos y nombres	PEREZ Primer apellido	MARQUEZ Segundo apellido	JENERYS Primer nombre	PAOLA Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	
CC	1048289789	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	
13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento		
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0 4 0 2 1 9 9 3

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
6		Categoría Discapacidad	
19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		250000	
26.Residencia			
CL 10 4 59 Dirección	2999999 Teléfono fijo	3012188812 Teléfono celular	JENERYS93@GMAIL.COM Correo electrónico
ATLANTICO Departamento	SOLEDAD Municipio/Distrito	Localidad / comuna	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	31. Sexo identificación	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	
32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento		
	País: 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	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico	40.Sexo Identificación	41.Lugar Nacimiento	42.Fecha de nacimiento	
B1			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> cual <input type="checkbox"/>	País	Departamento	Municipio
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

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

**51. Datos de residencia**

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

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	C VS CARNAVAL - VS CARNAVAL	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
B	-	VSCARNAVAL - VSCARNAVAL
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	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	NIT	901056044	
59.Ubicación	CL 85 A N 28 B 41 Dirección	7920895 Teléfono fijo o celular	GESTIONHUMANA@TNE.COM.CO Correo electrónico
			BOGOTA Departamento
			BOGOTA 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
<b>60. Tipo documento de Identidad</b>	<b>61. Número documento de Identidad</b>	<b>62. Sexo biológico</b>	<b>63. Sexo identificación</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
<b>65. EPS anterior</b>	<b>66. Fecha de Novedad</b>	<b>67. Motivo de traslado</b> Código: <input type="text"/> 2 2 0 4 2 0 2 5	<b>68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones</b>

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

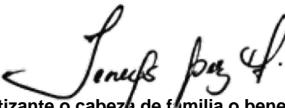
69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.  
 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.  
 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos 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

<b>Apellidos y nombres</b>	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<b>80. Tipo documento de Identidad</b>	<b>81. Número documento de Identidad</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

## IX. FIRMAS

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

## 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 perdida 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

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

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

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