

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4015986241

Fecha de Radicación
1 8 1 2 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 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"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <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) <input type="text" value="1"/>	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres RANGEL Primer apellido		CASTAÑEDA Segundo apellido		MIGUEL Primer nombre		ANTONIO Segundo nombre	
9. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>	10. Número del documento de Identidad 17267243	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: META Municipio: CUMARAL		15. Fecha Nacimiento 0 2 0 4 1 9 7 8				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia <input type="text" value="6"/>		17. Comunidad		18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría Discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBEN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>		21. Grupo población especial			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones PROTECCION		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia CL 3B 11 15 Dirección		Telefono fijo		3152268502 Telefono celular		MIGUEL45@GMAIL.COM Correo electronico	
META Departamento		VILLAVICENCIO Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal <input checked="" 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

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: Departamento: Municipio:		34. Fecha Nacimiento			

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 Femenino/Masculino	40. Sexo Identificación F M T NB otro cual			41. Lugar Nacimiento Pais Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN Si No	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No Categoría	50. Incapacidad Permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/Distrito		Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural				Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1											
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 TORRE 33 - VS TORRE 33		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSTORRE33 - VSTORRE33	
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 CONSORCIO TRANSPORTE EMSA O		56. Tipo de identificación <input type="text" value="NIT"/>	57. Numero de documento de identificación 901830981	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
59. Ubicación CR 28 86 26 BRR EL POLO Dirección		5667889 Teléfono fijo o celular	COMERCIAL@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 pérdida 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	Número documento de Identidad	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"/>		64. Fecha de nacimiento	
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 11 1 2 2 0 2 5	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 por 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 Decr eto 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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad						

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:
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		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

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

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

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.