



Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

2100520123



169701624

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades X	A. Individual:	Cotizante o Cabeza de Familia X Beneficiario o Afiliado adicional	B. Colectiva	D. De Oficio
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante X	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)	01

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Torres

Segundo Apellido

Yáñez

Primer Nombre

Carlos

Segundo Nombre

Augusto

7. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad

7712281

9. Sexo

Femenino Masculino X

10. Fecha de nacimiento

29/10/1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura		Cofepsur	1160000
Municipio / Distrito	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Neiva			Huila

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

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 CENTRO MEDICO NENA EPS	276312-13545
B	
B	
B	

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

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 Servicindes		36. Tipo documento de Identificación NIT CC X PA		37. Número del documento de Identificación CE CD 901371126		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección Calle 43 No 7-53 Correo Electrónico Servicindes@outlook.com				Municipio / Distrito Neiva		Departamento Huila	
Teléfono Fijo 3107991009							

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 CC RC TI PA CE SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento DD MM AA AA	42. Fecha DD MM AA AA
					26052023

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

Código

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
Carlos A Torres y
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 <input type="text"/>	Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación DD MM AA <input type="text"/>	69. Fecha de Validación DD MM AA <input type="text"/>
--	---	---	---------------------------------	-------------------------------	---	---

70. Datos del funcionario que realiza la validación

 Primer Apellido
 Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento
Número de documento de identidad
71. Firma del Funcionario
Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información y declara que los documentos que contiene en el capítulo VII del formulario, Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Huicya Chantec

EPS Sanitas
Sello de Radicación
OFICINA NEIVA
RECIBIDO POR
Fecha: **20** Hora: **_____**

Sticker procesamiento