

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Novedad ☐		2. Tipo de Afiliación B. Colectiva ☐ A. Individual ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		Código a registrar por la EPS	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: [] Segundo Apellido: [] Primer Nombre: [] Segundo Nombre: []			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo F ☐ M ☒	10. Fecha de nacimiento []/[]/[]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: [] Condición: []	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
18. Residencia Dirección: [] Teléfono fijo: [] Teléfono celular: [] Correo electrónico: []	Zona Urbana ☐ Rural ☐ Localidad/Comuna: [] Departamento: []		

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	21. Número de documento de identidad	22. Sexo F ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento []/[]/[]

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres			
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B1	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo F ☐ M ☐
B2			28. Fecha de Nacimiento []/[]/[]
B3			
B4			
B5			

29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: [] Condición: []
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐ Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS		
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código []	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☒ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de Identidad	Sexo F ☐ M ☐
Fecha		43. EPS anterior	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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 mensaje de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

IX. ANEXOS	
☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC 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	67. Datos del SISBÉN 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
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☒ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		Código a registrar por la EPS <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Quintero, Horacio, Arboles			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 16.673.430	9. Sexo F ☐ M ☒	10. Fecha de nacimiento 2/8/71

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 AXA Colombia	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC 1721.242	
18. Residencia Calle 100 No. 100-100 Zona Urbana ☒ Rural ☐	19. Teléfono fijo <input type="text"/> 215.206.1454 Teléfono celular <input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/>		

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			
20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo F ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
25. Tipo de documento de identidad No. 55532		26. Número de documento de identidad	27. Sexo F ☐ M ☐
28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

RECIBI: *[Firma]*
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad Tipo ☐ F ☐ N ☐ M ☐ Condición ☐ T ☐ P ☐
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐	Departamento
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		Teléfono Fijo y/o celular	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS Hospital San Jorge		Código de la IPS (a registrar por la EPS) 80023
C	B1	B2
B3	B4	B5

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 easyclean	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número de identificación 860.522.931	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Calle 100 No. 100-100	40. Teléfono fijo <input type="text"/> 215.206.1454	41. Teléfono celular <input type="text"/>	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Fecha 16/12/2017	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	Sexo F ☐ M ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
43. EPS anterior		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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>[Firma]</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. <i>[Firma]</i>
---	--

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Total: <input type="text"/>
☐ 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	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A
69. Fecha de Validación D D M M A A A A				
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario		

OBSERVACIONES:

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código a registrar por la EPS <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo F ☐ M ☒	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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	
18. Residencia Dirección Teléfono fijo Teléfono celular Correo electrónico	Zona Urbana Rural Localidad/Comuna Departamento		

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	21. Número de documento de identidad	22. Sexo F ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	-----------------------	--------------------------------------	---	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo F ☐ M ☐	28. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A
B1	B2	B3	B4	B5

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P
B1	B2	B3
B4	B5	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1	B2	
B3	B4	
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS C B1 B2 B3 B4 B5	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
--	--

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

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	Número de documento de Identidad	Sexo F ☐ M ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
42. Fecha D D M M A A A A	43. EPS anterior	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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="text"/> Total: <input type="text"/>
☐ 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 ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A
69. Fecha de Validación D D M M A A A A	70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE 1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Novedad ☐		2. Tipo de Afiliación B. Colectiva ☐ A. Individual ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado Adicional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		Código a registrar por la EPS <input type="text"/>	
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres Quirino					
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		8. Número de documento de identidad 16-673-430		9. Sexo F ☐ M ☒	
10. Fecha de nacimiento 12/11/1960					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos personales					
11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	
14. Grupo de población especial <input type="text"/>		15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL AXA Corporación			
16. Administradora de Pensiones Páramo		17. Ingreso base de cotización -IBC 315.760.1454			
18. Residencia Calle 15-2601454					
19. Zona Urbana ☐ Rural ☐					
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					
20. Tipo de documento <input type="text"/>		21. Número de documento de identidad <input type="text"/>		22. Sexo F ☐ M ☐	
23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>					
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
24. Apellidos y nombres					
B1 <input type="text"/> B2 <input type="text"/> B3 <input type="text"/> B4 <input type="text"/> B5 <input type="text"/>					
25. Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>					
26. Número de documento de identidad <input type="text"/>					
27. Sexo F ☐ M ☐					
28. Fecha de Nacimiento <input type="text"/>					
Datos complementarios					
29. Parentesco <input type="text"/>					
30. Etnia <input type="text"/>					
31. Discapacidad No ☒ Si <input type="text"/>					
32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/> Zona Urbana ☐ Rural ☐ Departamento <input type="text"/> Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/>					
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>					
Selección de la IPS Primaria					
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS Comtad IPS Páramo					
35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>					
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 Easyclean S.A.S.		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número de identificación 860522931	
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		39. Ubicación Calle 74 las # 201, 74170, 2060			

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 <input type="text"/> ☒ 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 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.	
41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/> Número de documento de Identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
42. Fecha <input type="text"/>		43. EPS anterior <input type="text"/>	
44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones <input type="text"/>	
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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 mensaje de texto.			
VIII. FIRMAS			
54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario Jesus Quirino		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. Jenny Belieria	
IX. ANEXOS			
☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Total: <input type="text"/>			
☐ 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 <input type="text"/>			
69. Fecha de Validación <input type="text"/>			
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>	
OBSERVACIONES:			

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

FIRC 006