

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4007445409

Fecha de Radicación

2|5|1|1|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo afiliación A. Individual: ☐ - Cotizante Cabeza de familia ☒ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional ☐ B. 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 ☐		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres FAJARDO Primer apellido		MONTOYA Segundo apellido		ALEJANDRO Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 1005969627		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 2 4 0 2 2 0 0 1	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FINH"/> Condición <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>		14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 908526			
18. Residencia CR 38 A 13 38 Dirección		3152707634 Teléfono celular		AFAJARDO7@MISENA.EDU.CO Correo electrónico			
CALI Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		VALLE 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 completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad <input type="text" value=""/>		21. Número documento identidad	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

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			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	VS UAB SAN FERNANDO - VS VERSALLES	VSSANFERNA - VSVERSALLE	
B	-		
B	-		
B	-		

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 ALEJANDRO FAJARDO MONTOYA		36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/>		37. Número de documento de Identificación 1005969627		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CR 38 A 13 38 Dirección		3152707634 Teléfono		AFAJARDO7@MISENA.EDU.CO Correo electrónico		CALI Municipio/distrito	
						VALLE Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42.Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				2/5/11/2/0/2/1	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		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 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 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 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 celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	Click AQUÍ para firmar
54. Cotizante o 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: Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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"/>		67. Datos del SISBEN Número ficha <input type="text"/>		Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario					
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
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.

