FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Emssanar S.A.S.
Formulario No. 1230720355418
Fecha de radicación 25/08/2022

ESS118

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [ ] B.Subsidiado [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [ ] B.Cabeza de familia [X] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS [ ]

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MOLINA	GUERRERO	CIELO	MARGARITA
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**
CC	27281987	Femenino [X] Masculino [ ]	01/03/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna			09 - Víctimas del conflicto armado.

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 50 B8 11 12 CS 29		3176187359	hherney159@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
CALI	Urbana [X] Rural [ ]	2001 - EL CORTIJO	VALLE DEL CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

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

No	Identificación	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Sexo	Fecha de nacimiento
1	TI1180213139	LOPEZ	MOLINA	SHAIRA	LISBETH	Femenino	16/07/2014

Datos complementarios

No	Parentesco	Etnia	Tipo discapacidad	Condicion discapacidad	Teléfonos
1	Hijo(a) menor de veinticinco (25) años de edad	06 - Otros	Ninguna		

No	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Valor UPC Adicional
1	CALI	Urbana	VALLE DEL CAUCA	

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE RED DE SALUD DE LADERA HOSPITAL CAÑAVERALEJO - CALI (VALLE) - CL 3 OESTE # 12 A - 20	02005090300127 Sede: 1
1	ESE RED DE SALUD DE LADERA HOSPITAL CAÑAVERALEJO - CALI (VALLE) - CL 3 OESTE # 12 A - 20	02005090300127 Sede: 1

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
No disponible	No disponible	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
No disponible	No disponible		No disponible	No disponible

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Emssanar S.A.S.
Formulario No. 1230720355418
Fecha de radicación 25/08/2022

ESS118

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [x] 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.
- [ ] 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 de 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ]

VIII. FIRMAS

X _____ C.C.
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

_____
El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
						1/01/2018

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones: Migracion Integra - Tramo Inicial - Tramo RS ajustado por MRC
Empresa:, Asesor:ASTRID YESENIA SARMIENTO CURACAS, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:astridsarmiento@emssanar.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Emssanar S.A.S. e ingresando el código: A6A6F42D1B
Url: https://boxalud.emssanar.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx