

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4011034275

Fecha de Radicación

2/5/09/2/0/2/3

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. tipo de tramite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                       |  | 2. Tipo afiliación<br>A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/> |  | 3. Regimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  | Codigo<br>(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<br>MORENO<br>Primer apellido               |  | PABUENA<br>Segundo apellido                      |  | JORGE<br>Primer nombre                                                                     | YESID<br>Segundo nombre |
| 7. Tipo documento de Identidad<br><input type="text" value="CC"/> |  | 8. Número del documento de Identidad<br>80139601 |  | 9. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |                         |
| 10. Fecha de nacimiento<br>2/01/11/9/8/2                          |  |                                                  |  |                                                                                            |                         |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

|                                                                                                     |  |                                                                                                      |  |                                                     |  |                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 11. Etnia<br><input type="text" value="6"/>                                                         |  | 12. Discapacidad<br>Tipo <input type="text" value="FNM"/> Condicion <input type="text" value="TIP"/> |  | 13. Puntaje SISBEN<br><input type="text" value=""/> |  | 14. Grupo de poblacion especial<br><input type="text" value=""/> |  |
| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. |  |                                                                                                      |  | 16. Administradora de Pensiones<br>PROTECCION       |  | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC<br>1160000                  |  |
| 18. Residencia<br>CR 88 C 67 39<br>Dirección                                                        |  | Telefono fijo                                                                                        |  | 3238023171<br>Telefono celular                      |  | JORGE.YESID@GMAIL.COM<br>Correo electronico                      |  |
| BOGOTA<br>Municipio/Distrito                                                                        |  | zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>                       |  | Localidad / comuna                                  |  | BOGOTA<br>Departamento                                           |  |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

|                                                      |  |  |  |                                |  |                                                                                  |  |                         |  |
|------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 19. Apellidos y nombres completos<br>Primer apellido |  |  |  | Segundo apellido               |  | Primer nombre                                                                    |  | Segundo nombre          |  |
| 20. Tipo documento de identidad                      |  |  |  | 21. Número documento identidad |  | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 23. Fecha de nacimiento |  |

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

|                                            |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|
| 24. Apellidos y nombres<br>Primer apellido |  |  |  | Segundo apellido        |  |  |  | Primer nombre                  |  |  |  | Segundo nombre          |  |  |  |
| B1                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B2                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B3                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B4                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B5                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| 25. Tipo documento de identidad            |  |  |  | 26. Número de identidad |  |  |  | 27. Sexo<br>Femenino Masculino |  |  |  | 28. Fecha de nacimiento |  |  |  |
| B1                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B2                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B3                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B4                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |
| B5                                         |  |  |  |                         |  |  |  |                                |  |  |  |                         |  |  |  |

Datos complementarios

|                         |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 29. Parentesco          |  | 30. Etnia            |  | 31. Discapacidad<br>Tipo F M N |  |                           |  | Condición I P                                                       |  |  |  |
| B1                      |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| B2                      |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| B3                      |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| B4                      |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| B5                      |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| 32. Datos de residencia |  |                      |  |                                |  |                           |  |                                                                     |  |  |  |
| Municipio/Distrito      |  | Zona<br>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 Salud - IPS<br>C VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA |  |  |  | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)<br>VSPLAZABOS - VSPLAZABOS |  |  |  |
| B                                                                                                   |  |  |  |                                                                     |  |  |  |
| B                                                                                                   |  |  |  |                                                                     |  |  |  |
| B                                                                                                   |  |  |  |                                                                     |  |  |  |

## V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                                                         |  |                                                               |  |                                                      |  |                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 35. Nombre o razón social<br>JORGE YESID MORENO PABUENA |  | 36. Tipo de identificación<br><input type="text" value="CC"/> |  | 37. Numero de documnto de Identificación<br>80139601 |  | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)<br>01 |  |
| 39. Ubicación<br>CR 88 C 67 39<br>Dirección             |  | 3238023171<br>Teléfono                                        |  | JORGE.YESID@GMAIL.COM<br>Correo electrónico          |  | BOGOTA<br>Municipio/distrito                                               |  |
|                                                         |  |                                                               |  |                                                      |  | BOGOTA<br>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

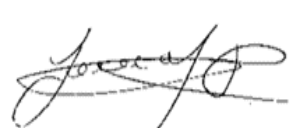
## 41. Datos básicos de la identificación

|                             |                               |                                                                      |  |                                                          |                 |                |  |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------|--|
| 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | <input type="text"/>                                     | 0 1 1 0 2 0 2 3 |                |  |
| 43. EPS anterior            |                               | 44. Motivo de traslado<br>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

|                                                                                     |                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                  |
| 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<br>Código del municipio |                      | 67. Datos del SISBEN<br>Número ficha |                      | Puntaje                   | Nivel                | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/>      | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>    |
| 70. Datos funcionario que realiza la validación<br>Primer apellido   |                      | Segundo apellido                     |                      | Primer nombre             |                      | Segundo nombre          |                         |
| <input type="text"/>                                                 |                      | <input type="text"/>                 |                      | <input type="text"/>      |                      | <input type="text"/>    |                         |
| Tipo documento de identidad                                          |                      | Número documento de identidad        |                      | 71. Firma del funcionario |                      |                         |                         |
| <input type="text"/>                                                 |                      | <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.