



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

15/09/2023



177453960

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	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) 59

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido HEINZ Segundo Apellido ZUNIGA Primer Nombre ANGIE Segundo Nombre	7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CCX PA SC	8. Número del documento de identidad 1018484857	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 22/04/1996
--	--	--	--	---------------------------------------

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 povenir	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1'160.000
18. Residencia Dirección Calle 146 #11-30			Teléfono Fijo 4631121
Teléfono Celular 3193185390		Correo Electrónico angieh2204@outlook.com	
Municipio / Distrito Bogotá		Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Usaquén Departamento Bogotá

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 CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA

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 Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B2		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B3		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B4		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B5		Femenino Masculino	DD MM AAAA	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

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			
B			
B			
B			

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

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 documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
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
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		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 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	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	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 Codigo del Municipio Codigo del Departamento	67. Datos del SISBEN 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 de documento		71. Firma del Funcionario	

Observaciones:	Independiente	Fecha inicio: 15/09/2023	Fecha Fin: Indefinido
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta a la EPS la veracidad y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.			

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	15 SEP 2023	Sticker procesamiento
	RECIBIDO POR:	