REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

01 B 13343756

C/E A1206.

0107288916

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		07 02 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Lopez	SEGUNDO APELLIDO: Barrera	PRIMER NOMBRE: Cesar.	SEGUNDO NOMBRE: Luis.

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. [✓] C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.	1000783782	F [✓] M	27 09 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. [ ] R. [ ]	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
	morleny.barrera@supernotariado.gov.co.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. P.E.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 07 MES 02 AÑO 2020	Independiente.	877803

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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) [illegible] [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación 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 [illegible] [ ]
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 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 mensajes de texto. [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 07-02-2020
REGIONAL BARRANQUILLA

VIII. FIRMAS