

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS											
				No. de Radicación				Fecha de Radicación			
				64968370				24072023			
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 de Afiliación A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia ☐ B. Colectiva ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. 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 ☐				Código			
A. AFILIACIÓN											
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)											
6. Apellidos y Nombres											
GUZMAN			CORTES			JHON			JAIRO		
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
7. Tipo de documento de identidad CC				8. Número del documento de identidad 1067722353				9. Sexo Femenino ☐ masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 12041992	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS											
Datos personales											
11. Etnia ☐		12. Discapacidad Tipo ☐ F ☒ X ☐ M		Condición ☐ T ☐ P		13. Puntaje SISBEN ☐		14. Grupo de población especial ☐			
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA				16. Administradora de pensiones PORVENIR				17. Ingreso base de cotizante - IBC \$ 1.160.000			
DIRECCIÓN CRA 159B #136F-69		TELÉFONO 3235101670		CELULAR		Correo Electrónico jdanielamala@gmail.com					
BOGOTÁ MUNICIPIO		Zona Urbana ☒ Rural ☐		LOCALIDAD 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 ☐		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A					
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 de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A					
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Datos Complementarios											
HIJO		30. Etnia		31. Discapacidad							
				Tipo				Condición			
				E		N		M		T P	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
32. Datos de residencia											
Municipio /Distrito		Zona 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 Servicios de Salud - IPS								Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C											
B											
B											
B											
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO											
35. Nombre o razón social CONSTRUCCIONES CJR		36. Tipo de documento de identificación NI		37. Número del documento de identificación 900696542		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)					
39. Ubicación CALLE 14 # 44BIS-02		7763672 Teléfono		jdanielmala@gmail.com Correo Electrónico		BOGOTÁ Municipio/Distrito		BOGOTÁ Departamento			

1. Modificación de los datos básicos de identificación.	
2. Corrección de datos básicos de identificación.	
3. Actualización del documento de identidad.	
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 del trámite de protección al cesante. | |
| 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. | |
| 18. Reporte de la calidad de Pensionado. | |

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

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre											
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	22. Sexo	Femenino	☐	Masculino	☐	Fecha de nacimiento										
☐	32611550						fecha de ingreso a laborar	2	5	0	7	2	0	2	3		

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------	----------------------------------	--

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 de 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.

JHON JAIRO GUZMAN CORTES

54.El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

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

56. Anexo copia del documento de identidad:

[illegible]

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 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 sóbrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	<div> <div>D</div> <div>D</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> </div>	
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	69. Fecha de Validacion <div> <div>D</div> <div>D</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> </div>	

70. Nombre del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario