

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS															
				No. de Radicación				Fecha de Radicación							
				5830360				14072023							
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															
CUETO			YEPES			ORLANDO			SANTANDER						
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre						
7. Tipo de documento de identidad CC			8. Número del documento de identidad 84068430			9. Sexo Femenino ☐ masculino ☒			10. Fecha de nacimiento 02101968						
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		CALLE 14 #44BIS-02		TELÉFONO		7763672		CELULAR		Correo Electrónico					
BOGOTÁ		Zona Urbana ☒ Rural ☐		LOCALIDAD				BOGOTÁ							
MUNICIPIO															
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				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															
C												Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
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: | <p>A. Régimen Contributivo</p> <p>B. Régimen Subsidiado</p> |
| 14. Traslado: | <p>A. Mismo Régimen</p> <p>B. Diferente Régimen</p> |
| 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. | |

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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	1	5	0	7	2	0	2	3

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 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.

VIII. FIRMAS

ORLANDO SANTANDER CUETO YEPES

54.El cotizante, cabeza de la 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:

Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD \$ 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 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 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación		D	D	M	M	A	A	A	A	
Código del Municipio		Código del departamento		Número de Ficha	Puntaje	Nivel	69. Fecha de Validacion		D	D	M	M	A	A	A
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.