

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DDMMAAAA



168438294

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CHAMBERO	PASQUEL	CARLOS	ANDRÉS
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	1.124.867.858	Femenino ☐ Masculino ☒	16/12/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
	PODUBIR	\$ 1.300.000	
18. Residencia	Dirección		
	Calle 42a No 496-18		
18. Residencia	Teléfono Celular		
	3182088087		
18. Residencia	Correo Electrónico		
	andreschambers@gmail.com		
18. Residencia	Municipio / Distrito		
	Cali		
18. Residencia	Zona		
	Urbana Rural		
18. Residencia	Localidad / Comuna		
	C-4000 2000		
18. Residencia	Departamento		

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	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	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	
B1		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	
B2		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	
B3		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	
B4		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	
B5		Femenino ☐ Masculino ☐	DDMMAAAA	

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo Condición	Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
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			

EPS Sanitas
Nit. 800.251.440

19 JUN 2024
Fernando García

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.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
Código <input type="text"/>	☐ B. Diferente Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
Fecha de nacimiento D D M M A A A A		42. Fecha D D M M A A A A	

43. EPS anterior SAVITAS (A)

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: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad TOTAL 1

☐ 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
Código del Municipio Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN
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		Número de documento de identidad	

71. Firma del Funcionario

Observaciones: CONTINUTE INDEPENIDGUE

19 JUN 2024

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Fernando García