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
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 16672820

1105819 80

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 28 06 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Garzón SEGUNDO APELLIDO: Galeón PRIMER NOMBRE: Hugo SEGUNDO NOMBRE: Alexander
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. [X] C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. A.S. P.T.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91.134.361
9. SEXO: F [X] M
10. FECHA NACIMIENTO: 21 05 1977
11. NACIONALIDAD: Colombiano

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. COMUNIDAD
14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL GRUPO
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
17. ARL
18. AFP
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 6 N° 56-21
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: Gibón
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO: Casanare
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
TELÉFONO FIJO
Ext.
TELÉFONO MÓVIL: 3227788277
CORREO ELECTRÓNICO: omcriguza77@gmail.com 5441
IPS
IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO: F M
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
25. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U	Zona R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U	R								I. II.		
2			U	R								I. II.		
3			U	R								I. II.		
4			U	R								I. II.		
5			U	R								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

39. Nombre o Razón Social: Hugo A. Garzón
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: N.I. T.I. [X] C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. P.T.
41. Número documento de identidad: 91.134.361
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Independiente
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
Tauramena
Casanare
CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO MÓVIL
TELÉFONO FIJO (EXT)
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 28 06 2024
CARGO: Independiente
OCUPACIÓN
SALARIO: 1300.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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 [X]
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 [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. A.S. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de) DIA MES AÑO
47. EPS ANTERIOR Código
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ]
49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____
50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO F M
FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

IX. FIRMAS

Hugo A Garzón G
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT
Cantidad: Total
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública [illegible] declare la terminación [ ]
67. de la unión marital. [ ]
Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. 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 [illegible] [ ]
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]

nueva eps
Recibido para estudio de la EPS
FECHA: 28 06 2024
CODIGO C1330