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 Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

*01 B 15339049*

*0109284209*

Lea detenidamente 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 X | 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 X | B. Independiente | C. Pensionado | D. Independiente por prestación de servicios
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 02 06 2022

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Blandon | SEGUNDO APELLIDO: Ochoa | PRIMER NOMBRE: Andres | SEGUNDO NOMBRE: David
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI X CE PA CD SC PE
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1035439844
9. SEXO: F M
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Etnia / Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M | Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1000000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Vda El Sabado
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Copacabana
DEPARTAMENTO: Antioquia
ZONA U. R. X
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 31033
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS

## 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: TI CC CE PA CD PE
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
CÓDIGO IPS

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 | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo | 31. DISCAPACIDAD Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | F N M | T P |
| 2 | | | | | | | | F N M | T P |
| 3 | | | | | | | | F N M | T P |
| 4 | | | | | | | | 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: Alexis Rios Mora X
36. Tipo documento de identidad: CE PA CD NI PE
37. Número documento de identidad: 1020425166
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 49A 32C-6 Medellin Antioquia
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 03 06 2022
CARGO
SALARIO: 1000000

## VI. 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 X
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

## VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO
42. FECHA (a partir de)
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica | Unificación Grupo Familiar | Cumplimiento Tiempo por Cesión | Servicio Avalado por SNS
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

## VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: anteriormente de conformidad. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. Declaración de Dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligatoriedad de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de hechos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.
49. Declaración de la conformación del cotizante. Cabeza de familia, beneficiarios y 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, a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
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 ley lo soliciten de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
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 su propósito.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y al celular como mensajes de texto.

FECHA: 03 JUN 2022
SERVICIO HUMANO DIAZ LUGO C.C. 36.289.721

## IX. FIRMAS

54. Firma del afiliado, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicios

## X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PE
Cantidad
Folios
57. Copia del documento de escolaridad (certificado) 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. Copia de la orden judicial o sentencia 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. Documento en que conste la petición por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
65. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
66. Certificación o pronunciamiento de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio.

## XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO

Escaneado con CamScanner