# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4013438865 | 1\|1\|1\|0\|2\|0\|2\|4 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ | 3 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| SUAREZ (Primer apellido) | PESCA (Segundo apellido) | JAIME (Primer nombre) | (Segundo nombre) |

| 7.Tipo documento de Identidad | 8.Número del documento de Identidad | 9.Sexo | 10.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 11230918 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 2\|7\|0\|9\|1\|9\|6\|7 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Categoria: Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| | PROTECCION | 1300000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 2 3 59 IN 135 | | 3115467688 | JAIME.SUAREZ.PESCA@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐ | | BOGOTA |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 20. Tipo documento de identidad | 21. Número documento identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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 documento de identidad | 26. Número de identidad | 27.Sexo Femenino | 27.Sexo Masculino | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Categoría de discpacidad | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

**32. Datos de residencia**

| | Municipio/Distrito | Zona: Cabecera municipal | Zona: Centro poblado | Zona: Rural dispersa | Zona: Resto 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 | | | | | | | | |

Seleccion de la IPS Primaria

| | | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | VS CALLE 98 - UOD CPO CALLE 98 | VSCALLE98 - UODCPOCAST |
| B | | - | - |
| B | | - | - |
| B | | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de docuemnto de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| JAIME SUAREZ PESCA | CC | 11230918 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CL 2 3 59 IN 135 (Dirección) | 5268714 (Teleéfono) | JAIME.SUAREZ.PESCA@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Municipio/distrito) | BOGOTA (Departamento) |

| No de Radicacion |
|---|
| 4013438865 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 1\|1\|1\|0\|2\|0\|2\|4 |

| 43.EPS anterior | 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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| | |
|---|---|
| Jaime Suarez | Jaime Suarez |
| **54. Cotizante o cabeza de 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: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del Departamento | Número ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 71.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**