# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4010943097 | 0\|8\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

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

**1.tipo de tramite**
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

**3.Regimen**
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 ☐

**Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MACIAS<br>Primer apellido | BERBECIA<br>Segundo apellido | LUIS<br>Primer nombre | ALBERTO<br>Segundo nombre |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| PT | 6727343 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|9\|0\|8\|1\|9\|8\|8 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F N M Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| ATR 4 67 89<br>**Dirección** | **Telefono fijo** | 3178376234<br>**Telefono celular** | LUISALBERTO@GMAIL.COM<br>**Correo electronico** |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN<br>**Municipio/Distrito** | **zona** Urbana ☒ Rural ☐ | 7<br>**Localidad / comuna** | ANTIOQUIA<br>**Departamento** |

**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 | | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

**32. Datos de residencia**

| | Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona 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 FLORIDA - VS FLORIDA | VSFLORIDA - VSFLORIDA |
| 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) |
|---|---|---|---|
| EDIER ALBERTO TORRES ARANGO | CC | 71331881 | 01 |

**39.Ubicación**

| CL 103 46 A 04<br>Dirección | 5592050<br>Teleéfono | EDIER.TORRES@HOTMAIL.COM<br>Correo electrónico | MEDELLIN<br>Municipio/distrito | ANTIOQUIA<br>Departamento |
|---|---|---|---|---|

| No de Radicacion |
|---|
| 4010943097 |



## 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 ☐ | | 0\|5\|0\|9\|2\|0\|2\|3 |

| 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

| | |
|---|---|
| Luis alberto Macias | Edier Torres |
| **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.**