

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación		Fecha de Radicación	
1.Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	
3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐			
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	
		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres DOMINGUEZ		RODRIGUEZ		LUIS		MANUEL	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1.001.829.877	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 13022001	Estado Civil UL	EPS anterior		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotizante - IBC 1.300.000	
18. Residencia			
Dirección Calle 11 No. 25A-20 Soledad		Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3243230773 Correo Electrónico const.habitatspace@gmail.com
BARRANQUILLA	Zona Urbana ☒ Rural ☐	SOLEDAD	ATLANTICO
Municipio/Distrito		Localidad / Comuna	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		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Dirección					
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular				

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 de documento de Identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de Nacimiento			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo Condición E N M T P		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
B1						<div>SECCIONAL SUCRE RADICADO FECHA: 26/12/2024 FIRMA: Alejandro J.</div>			
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia			Zona	Municipio /Distrito		Departamento		Teléfono Fijo	Celular
B1			U R						
B2			U R						
B3			U R						
B4			U R						
B5			U R						

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			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social HABITAT SPACE SAS		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 901350280-5		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) DEPENDIENTE	
39. Ubicación CR 15 #14 A 18		3154035046		const.habitatspace@gmail.com		SINCELEJO SUCRE	
Dirección		Teléfono		Correo Electrónico		Municipio/Distrito Departamento	

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de los datos básicos de identificación.

2. Corrección de datos básicos de identificación.

3. Actualización del documento de identidad.

4. Actualización y 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 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 trámite de protección al cesante.

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Sexo
		Femenino	Masculino
		Fecha de nacimiento	42. Fecha
		23122024	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensione
		Código	

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 histona clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de 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 desus beneficiario s o afiliado s 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 la 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:

Cantidad:

CN

TI

PA

CD

RC

CC

CE

SC

Total

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 senten cia 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 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 sóbrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le 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	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A
70. Nombre del funcionario que realiza la validación		69. Fecha de Validacion			
		D D M M A A A A			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario		

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

Unidad Administrativa Especial de Vigilancia y Control de la Salud

BOGOTÁ, D.C. - 2024