

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4014330366

Fecha de Radicación

01/03/2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo de afiliación		3. Régimen		4. Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		SI ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)			
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres		9. Tipo documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
MARMOLEJO		CC		94492100		Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento		15. Fecha Nacimiento					
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: VALLE Municipio: CALI		01/03/1976					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo población especial	
6				Si ☐ No ☒		SI ☐ NO ☒		Nivel ☐ Grupo ☐			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria					
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		PORVENIR FPC		1423500							
26. Residencia		3127745		3127748700		ALEXANDERMARMOLEJO@YAHOO.COM					
CL 6 G 48 A 34 OESTE		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico					
VALLE		Cali		Cali							
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		Zona		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres		28. Tipo documento de identidad		29. Número documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
						Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento		34. Fecha Nacimiento					
		País: Departamento: Municipio:							

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo documento de identidad		37. Número de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar Nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
B1		B2		B3		B4		B5		Femenino/Masculino		F M T NB otro cual		País Departamento Municipio	
B1		B2		B3		B4		B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad Permanente	
B1		B2		B3		B4		B5		Si No Nivel Grupo		Si No Categoría		Si No	
B1		B2		B3		B4		B5							

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/Distrito		Zona		Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Cali		Cali		Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural					
B1		B2		B3		B4		B5	

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
VS UAB SAN FERNANDO - VS UOD COMPLEJO MEDICO VERSALLES		VSSANFERNA - VSVERSAODO	
B1		B2	
B3		B4	
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de identificación		57. Número de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ALEXANDER MARMOLEJO MONTENEGRO		CC		94492100		01	

59. Ubicación		3127745		ALEXANDERMARMOLEJO@YAHOO.COM		VALLE		Cali	
CL 6 G 48 A 34 OESTE		Teléfono fijo o celular		Correo electrónico		Departamento		Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 inscripción en la EPS.
- Código:
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
- ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad	
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
64. Fecha de nacimiento		65. EPS anterior	
09/01/31/2025		66. Fecha de Novedad	
67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
Código: <input type="text"/>			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- ☐ 73. 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.
- ☐ 74. 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 por sus funciones la requieran
- ☐ 75. 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 1377 de 2013
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- Cantidad: Total:
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. 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 unión marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. 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 los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres	95. Firma del funcionario
Primer apellido	Segundo apellido
Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones

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