FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

C1621

FECHA DE RADICACIÓN 10 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN X; 9. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X; B. Beneficiario o afiliado adicional; C. Pensionado; D. Independiente

3. REGIMEN: A. Contributivo X; B. Subsidiado

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI; NO X

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X; B. Cabeza de familia X; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente; B. Independiente X

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Camargo | SEGUNDO APELLIDO: Martinez | PRIMER NOMBRE: Maria | SEGUNDO NOMBRE: del Carmen.

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula. | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24167329.

11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombia | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia boyaca tibasosa. | 15. FECHA NACIMIENTO: 11 01 1978.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD MINORÍA: SI ___ NO X | 18. DISCAPACIDAD: CAT. DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE CNCU ESTA SISBEN: SI ___ NO X | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: positivo.

23. AFP: porvenir. | 24. No. 7423500 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA: 310 251 7650. | TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: Vereda arais, - aposentos | CORREO ELECTRÓNICO: roquedalton29@gmail.com | DEPARTAMENTO: boyaca. 6347.

MUNICIPIO/ DISTRITO: tibasosa. | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA | CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificacion del beneficiario (Continuar si corresponde en el formulario de afiliación)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual? | 32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO | 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD MINORÍA	46. DIS CAPACIDAD	47. RECIBE APOYO TRANSPORTE	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	GRUPO	49. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	50. AFP	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
01				SI NO								
02												
03												
04												
05												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de identificación empleador | 59. Dirección: # - 0

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO
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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS - RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MUNICIPIO
A. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) DESDE RÉGIMEN
B) DESDE EPS
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE LA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Camargo. | SEGUNDO APELLIDO: Martinez. | PRIMER NOMBRE: Maria. | SEGUNDO NOMBRE: del Carmen

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula. | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24167329. | 62. SEXO BIOLÓGICO: X | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: X Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 11 01 1978 | 65. IPS CONTRIBUCIÓN | 66. FECHA DE NOVEDAD: 10 02 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. X.

70. Declaración de si 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran

75. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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 Decreto 1377 de 2013

76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos X
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE)

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 la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Maria Camargo

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Maria Camargo

X. ANEXOS

0

nueva eps

0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

82. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 83. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

10 FEB 2025

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

84. APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA) | 86. CARGO DEL FUNCIONARIO | 87. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 88. FECHA DE RADICACIÓN

NOMBRE: LRB AGENTES

CLAVE ASESOR: C1621

REGIONAL: LLANOS

Declaro que toda la información registrada es veracidad de la información registrada y no existe ninguna de las causales de inhabilidad para el diligenciamiento del formulario

ORIGINAL E.P.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800 224 808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA DEL CARMEN CAMARGO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **24.167.329**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*