FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

savia SALUD EPS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran a pexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación		3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual [ ]	Cotizante o Cabeza de Familia [ ]	A. Contributivo [ ]	si [ ]
		Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	no [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

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 [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres				
Suarez	Perez	Daniela		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre		Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
CC	1034023430	Femenino [X] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	Colombiana	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [ ] Categoría de discapacidad	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Porvenir	1.423.500	

26. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

II. 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 identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 de Pensionado 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria
- [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] Otro [ ] Cual NB [ ]	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones 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 los 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 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 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 Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

X Daniela Suaret Peiret

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

81. 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 de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos [ ]

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	

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
014CC1039023730070520251113000008	2025-05-07	Subsidiado	Cabeza de familia	2025-05-07

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia				
Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	1039023730	Daniela Suarez Perez	1993-06-18	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia								
Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Antioquia	Medellín		Urbana - Cabecera municipal	cr87#19A24	Ninguno	Ninguno	Ninguno	O Negativo (-)

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2025-05-12					
Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
CC	1039023730	DANIELA SUAREZ	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	1600000	Relación laboral confirmada
ARL					
No aplica					

Datos de Afiliación	
EPS	IPS
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

Outlook

Fwd: Adquisición de condiciones para cotizar - 014CC1039023730070520251113000008

Desde Daniela Suarez Perez <danisuarezperez00@gmail.com>
Fecha Mié 7/05/2025 14:22
Para Maria Rosmira Moreno Robledo <mrmorenor@dane.gov.co>

No suele recibir correo electrónico de danisuarezperez00@gmail.com. Por qué es esto importante

Cordial saludo Maria Rosmira,

Reenvío respuesta dada a la solicitud de movilidad de Subsidiada a Contributivo realizada por el ministerio de Salud ya que las otras solicitudes por la EPS han presentado dificultades de sistemas y a la fecha no me envían radicado.

Espero que este sea válido para continuar el proceso de contratación.

la novedad número 014CC1039023730070520251113000008 correspondiente a la adquisición de condiciones para cotizar como independiente.

---------- Forwarded message ---------
De: <no_responder1@miseguridadsocial.gov.co>
Date: mié, 7 may 2025, 2:16 p. m.
Subject: Adquisición de condiciones para cotizar - 014CC1039023730070520251113000008
To: <danisuarezperez00@gmail.com>

Logo Mi Seguridad Social
Estimado(a)

Daniela Suarez Perez

En cumplimiento del artículo 2.1.6.2 del Decreto 780 de 2016 usted reportó el Lunes 12 de Mayo de 2025 la novedad número 014CC1039023730070520251113000008 correspondiente a la adquisición de condiciones para cotizar como independiente.
En caso de tenga una solicitud de traslado en curso, esta quedará cancelada.

Tenga presente:

1. Si era beneficiario será excluido del grupo familiar y pasará al régimen contributivo como cotizante o
2. Si era cónyuge o compañero permanente y se encontraba en estado activo y terminado, pasará

como cotizante principal al régimen contributivo con los beneficiarios que puedan pertenecer a su grupo familiar.
3. Si era cónyuge o compañero permanente y se encontraba en estado suspendido, pasará como cotizante principal al régimen contributivo. Si quiere conformar nuevamente su grupo familiar, puede ingresar por la funcionalidad de adición de beneficiarios.

Para consultar el detalle de la novedad ingrese con su usuario y contraseña a www.miseguridadsocial.gov.co, ubique en la parte izquierda la opción "Mi buzón de novedades".
Atentamente

Ministerio de Salud y Protección Social
www.miseguridadsocial.gov.co
Logo MinSalud

NOTA: Por favor no responda a esta cuenta de correo, ya que sólo es utilizada para propósitos informativos. Si tiene alguna consulta, comuníquese a través de la Mesa de Ayuda en Bogotá al 330 50 43 y desde el resto del país al 01800 0960 020, o envíe un mensaje desde la sección Contáctenos.