FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

* 01B 00000000 *

A608

FECHA DE RADICACIÓN: 21 01 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN: X — B. REPORTE DE NOVEDADES:
2. TIPO DE AFILIACIÓN: a) Cotizante o cabeza de familia: X — b) Beneficiario o afiliado adicional: — G. Colectiva: — C. Institucional: — D. De oficio:
3. RÉGIMEN: A. Contributivo: X — B. Subsidiado:
4. CORresponsión SOLIDARIA: SI: — NO: X
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia: — C. Beneficiario: — D. Afiliado adicional:
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: — B. Independiente: X — C. Pensionado:
7. OFICIO:

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Paredes — SEGUNDO APELLIDO: Celis. — PRIMER NOMBRE: Maria Melina — SEGUNDO NOMBRE: Perla del mar

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC: X — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.083.021.144 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F: X — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F: X — Cual?

13. NACIONALIDAD: COL — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COL — META — VILLAVICENCIO — 15. FECHA NACIMIENTO: 07 09 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: NA — 17. CONDICIÓN ESPECIAL — 18. DISCAPACIDAD: SI: — NO: X — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 19. VIENE ENCUESTA SISBEN: SI: — NO: X — 20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. AZUL

23. AFP — 24. IBC: $1.423.500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: Carrera 9 # 120-58

TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO: mariaparedesmc@unimagdalena.edu.co — DEPARTAMENTO: Magdalena

MUNICIPIO/BARRIO: Santa Marta — LOCALIDAD/COMUNA: Barrio la paz — ZONA: URBANA: X — RURAL: — 11500

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

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: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO — 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. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. NÚMERO DE PRELACIÓN SISBEN	47. VIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	50. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	51. AZUL
01												
02												
03												
04												
05												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MARCA DE LA EPS (SI ES AFILIADO ADICIONAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. EPS	54. CÓDIGO DE LA EPS (LA ASIGNA LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 21-01-2025
NINFA BARON DURAN CLAVE

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: Maria Melina Paredes — 56. Tipo documento de identificación: NIT: X — 57. Número del documento de identificación: 1.083.021.144 — Independiente

DIRECCIÓN: Carrera 9 # 120-58 — TELÉFONO: 3161157964 — CORREO ELECTRÓNICO: Magdalena — Santa Marta

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 O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS. Código:
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE LA TESORERÍA. Código:
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. 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. SUSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / MOTIVO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) AL MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REINGRESO DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL PADRE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CAUSAL DE PREEXISTENCIA
19. REPORTE DE LA CAUSAL DE REINGRESO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLÓGICO — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA MES AÑO — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de ausencia de recursos de familia mayor a uno smlmv que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo reporte de la Entidad
72. Declaración de no inscripción 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 los entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el cruce de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo señalado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS suministre mensualmente a través de SMS / MMS / Página Web, Notificaciones Apps Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, otros medios mensajes informativos
b) Autorizo(te) para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los tiempos regulados, citarlos al valley legislado en el "Régimen de Notificar Electrónico" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para Vinculados 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 hará cargo del pago de la 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: Melina Paredes.

81. El representante, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: — Total:

83. Copia del dictamen de invalidez con carácter definido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que disuelve 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 bienes o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
86. Copia del certificado de defunción 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 sus dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado (en caso de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Documento de identificación, si una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o documento de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: — Código del departamento: — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIDAD — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES: Cancelada

Scanned with CamScanner