FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014672202	0|5|0|5|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ZAPATA	PINEDA	HECTOR	ANDERSON

9.Tipo documento de Identidad: CC
10.Número del documento de Identidad: 98766185
11.Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒
12.Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad: COLOMBIA
14.Lugar Nacimiento: Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:
15.Fecha Nacimiento: 2\|1\|0\|2\|1\|9\|8\|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia: 6
17.Comunidad:
18.Discapacidad: Si ☐ No ☒
Categoria Discapacidad:
19.Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☒
20.Clasificación SISBEN: Nivel Grupo
21.Grupo población especial:
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones:
24. Ingreso base de cotizacion - IBC: 2400000
25. Tarifa Contribución Solidaria:

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 24 94 34		3242101310	

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	57	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	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	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	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)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA	VSVILLANUE - VSODVILLAN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSULTORIAS TECNICAS Y OBRAS CIVILES S A S	NIT	901403825	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 40 E SUR 41 16 P 2	3162593630	COTECINGENIERIASAS@GMAIL.COM	ANTIOQUIA	ENVIGADO

No de Radicacion
4014672202

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] **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 inscripcion 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
- [x] **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- [x] **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 tramite 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	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|4|0|5|2|0|2|5		

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 eto 1377 de 2013
- [ ] **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico 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

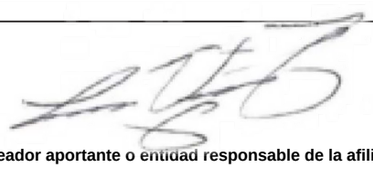
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Hector Zapata	
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: 0

- [ ] **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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

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 documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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