GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA
MALLAMAS
"El autocuidado en salud para un buen vivir"

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Codigo: AS-FR-001
Versión: 02
Vigencia: 29/11/2021

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Trámite: - Cotizante o Cabeza de Familia [X]; A. Individual; - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Botina		Jose	Francisco.

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Cedula	12983190	Femenino [ ] Masculino [X]	30-03-1983.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (F N M / T P)	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condicion [ ] [ ]		

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1923500

18. Residencia

Direccion	Teléfono	Correo electrónico
Kr 34 + 5-40	316 2188498.	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Pasto	Urbana [X] Rural [ ]	San Vicente	Nariño

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34.Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento	37 Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio Pavimentos	NIT	901890124.	

39. Ubicacion: Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cl 4 + 7-32 HAXA	8318520		Pasto	Nariño

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos basicos de identificación..
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] [ ] A. Mismo Regimen.

14. Traslado.

Código

☐ B. Diferente Régimen.

☐ 6. Reinscripción en la EPS.

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisicion de condiciones para cotizar.

☐ 10.Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 15. Reporte de fallecimiento.

☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.

☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

☐ 18. Reporte de calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos basicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de Nacimiento	Fecha
				03-02-2025

43. EPS anterior	44. Motivo traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

☐ 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud

☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

☐ 51. 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

☐ 52. 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.

☐ 53. Autorización para que la EPS envié información al correo electronico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afilinción colectiva o Intitucional o de Oficio

IX. ANEXOS

☒ 56. Copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:
Cantidad:	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	1

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentecnia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación
o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de engtrega del menor.

☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

☐ 62. 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.

☐ 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 64 Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realliza la validacion

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 71 Firma del funcionario

OBSERVACIONES :

Recuerde quqe la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII (Declaraciones y Autorizaciones), asi como la vracidad de la demás información registrada



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.983.290

BOTINA
APELLIDOS

JOSE FRANCISCO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1964
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

30-MAR-1983 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2300100-43158447-M-0012983290-20070517 03122 07137B 02 216553116

Powerm
Nallat

Emssanar

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I.DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Mera	Segundo apellido: Botina	Primer nombre: Elizabeth	Segundo nombre: de Jesus

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	36731510	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Disca pacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	Porvenir	1300000.

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electronico
Cra 1 # 3-03		3172498	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Popayan	Urbana [X] Rural [ ]	La Pamba	Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapa cidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Mª Isabel Prado	CC	1061772964	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 1 3-03			Popayan	Cauca