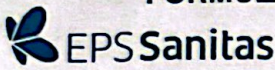


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 900.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

26/04/2025



176849895

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Dominquez</u> Segundo Apellido: <u>Madera</u> Primer Nombre: <u>Adriana</u> Segundo Nombre: <u>Marcela</u>	
7. Tipo de documento de identidad CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☒ PA ☐ SC ☐	8. Número del documento de identidad <u>1063 284 933</u>
9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento <u>16/08/1989</u>
III. DATOS COMPLEMENTARIOS	
11. Etnia	
12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	
13. Puntaje SISBÉN	
14. Grupo de población especial ☒	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	
16. Administradora de Pensiones <u>Colfondos</u>	
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>1423.500=</u>	
18. Residencia Dirección: <u>201-19 #6-61 Br. San Luis</u> Teléfono Fijo: <u></u>	
Teléfono Celular: <u>313 761 5020</u> Correo Electrónico: <u>adrydoma@gmail.com</u>	
Municipio / Distrito: <u>Montelíbano</u> Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Localidad / Comuna: <u></u> Departamento: <u>Córdoba</u>	

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: <u>Ricardo</u> Segundo Apellido: <u>Palmet</u> Primer Nombre: <u>Cesar</u> Segundo Nombre: <u>elias</u>	
20. Tipo de documento de identidad CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☒ PA ☐ SC ☐	21. Número del documento de identidad <u>78300436</u>
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento <u>05/01/1970</u>

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							

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B2		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B3		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B4		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B5		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <u>Ips valle del sol</u>		Código de la IPS (a registrar por la EPS) <u>184703</u>
C		
B		
B		
B		

• Original; EPS -1a Copia; EMPLEADOR -2 Copia; AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 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 adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 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 ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento	
						42. Fecha DD MM AAAA	
43. EPS anterior		44. Motivo de 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios 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 de 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>Adriana Domínguez</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. 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. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega 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 dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación 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 afiliación 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 DD MM AAAA	69. Fecha de Validación DD MM AAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		71. Firma del Funcionario	

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.		
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>Olivia Cruz</i>	Sello de Radicación 20 SEP 2025 RECIBIDO POR:	Sticker procesamiento