# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

**FORMULARIO No.**

| Número de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | 27/06/2025 |

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



| 1. Tipo de Trámite: | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ] | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ] | A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | (a registrar por la EPS) [ ] |

## A. AFILIACIÓN

**II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)**

| 6. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: GOMEZ | Segundo apellido: RODRIGUEZ | Primer nombre: LUZ | Segundo nombre: YOHANA |
| 7. Tipo documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 1193371318 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: 14/11/2000 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**
Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 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. Ingresos base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| AXA COLPATRIA | PROTECCIÓN | $1.423.500 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección: CL 60D SUR #18A 24 | Teléfono: 3208843953 | Teléfono celular | Correo electrónico: JOHANNA260618@GMAIL.COM |
| Municipio/Distrito: BOGOTÁ | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: BOGOTÁ |

**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 completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 20. Tipo documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento |

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

| | 24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B6 | | | | | |

**Datos complementarios**

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | 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 ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| SEGURIDAD COSMOS LTDA | NIT | 800023646 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CRA 64 #97 48 | (601) 2415890 | talentohumano.auxiliar2@seguridadcosmos.com | BOGOTÁ | BOGOTÁ |

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.



## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección 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 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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | | 31/05/2025 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | [ ] | COLSUBSIDIO |

### 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 el celular como mensajes de texto.

### VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio |
|---|---|
| Gomez Rodriguez JV2. | SEGURIDAD COSMOS LTDA. NIT. 800.023.646-9 |

### IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 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.**

VIGILADO Supersalud