CLICK PARA REINICIAR TODO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Adeajor A1834.

Leas atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 19 08 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN 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. CÓDIGO

## A. AFILIACIÓN

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

8. PRIMER APELLIDO: Rios — SEGUNDO APELLIDO: Gonzalez — PRIMER NOMBRE: Gabriel — SEGUNDO NOMBRE: Leonardo
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1002365931 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombi — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS Colombia — DEPARTAMENTO Boyaca — MUNICIPIO Tunja — 15. FECHA NACIMIENTO: 30 08 2001

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 06 — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE SISBÉN SI [X] NO [ ] — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL A — GRUPO B2 — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. AFI.
23. AFP — 24. IBC 1.900.000 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR 3208257754 — TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: Carrera 4H # 4 -03 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — CORREO ELECTRÓNICO: gaborios43@gmail.com — DEPARTAMENTO: Boyaca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Tunja — LOCALIDAD/COMUNA: Sol de Oriente — ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] — IPS

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

27. PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO: F M — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO — 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

### 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 BIOLÓGICO M F | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN M F T NB Otro Cual? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPART. MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

### Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. PARENTESCO | 44. EDAD | 45. ESCOLARIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE SISBÉN SI | 47. TIENE SISBÉN NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN GRUPO | 49. DIS CAPACIDAD SI | 49. DIS CAPACIDAD NO | 50. EMANCIPADO (MENOR) SI | 50. EMANCIPADO (MENOR) NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | 51. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA: MUNICIPAL | ZONA: CENTRO POBLADO | ZONA: RURAL DISPERSO | ZONA: RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | I. II. III. IV. V. VI. | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | I. II. III. IV. V. VI. | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | I. II. III. IV. V. VI. | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | I. II. III. IV. V. VI. | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | I. II. III. IV. V. VI. | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. SIGLAS DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. EPS | 54. CÓDIGO DE LA EPS (A DIGITAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

### 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: Gabrielleonardo RiosGonzalez — 56. Tipo documento de identificación: Cedula — 57. Número del documento de identificación: 1002365931 — TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR: 3208257754 — 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (Ver tablas por la EPS): Independiente
59. Dirección: Carrera 4H # 4 - 03 — gaborios43@gmail.com — DEPARTAMENTO: Boyaca — MUNICIPIO: Tunja

### 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 Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO 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) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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: F M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 19 08 2025 — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código — 68. CLAVE DE CONFORMACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

### 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 existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 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 — Gabriel Rios
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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: — Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción 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 los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. — Total Anexos 0

### 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 — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

CamScanner
Powered by CamScanner