FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

emssanar EPS

NIT. 900.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2014

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	13 01 2026

Llegamos de ti en cada paso

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

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

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. 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 registrar por la EPS):

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido: Enriquez	Guerrero	Victor	Hugo

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1122782393	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio			
Colombiano	Colombia	Putumayo		Santiago			12/12/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
[X]	Ninguna	SI [ ] NO [X]	Categoría de discapacidad:

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI [X] NO [ ]	Nivel: B Grupo: 7	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Porvenir	1'400.000	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Mocoa		3117371057	3117371057

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	Mocoa		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		D D M M A A A A

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento		
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	Día	Mes	Año
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 del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Zona: Centro Poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Hospital	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
ción				

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 identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción 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.
- ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 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 trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de Identificación			
Primer apellido: Enriquez	Segundo apellido: Guerrero	Primer nombre: Victor	Segundo nombre: Hugo

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1122782393	Femenino ☐ Masculino ☒	Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	12/12/1987

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	13/01/2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☒ 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.
- ☒ 72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido			

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. 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 de documentos de identidad anexos:

- ☐ 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerda 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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente "Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño":

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X_ NO _____

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X_ NO_____

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Si_X_ NO_____



En constancia se firma el día 13 mes 01 año 2026

Municipio Mocoa Departamento Putumayo

Firma del Afiliado _____ o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.122.782.393

NUMERO

ENRRIQUEZ GUERRERO

APELLIDOS

VICTOR HUGO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-1985**

SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-FEB-2005 SIBUNDOY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6401900-70137796-M-1122782393-20050527 **01178** 05147N 02 185110612

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR HUGO ENRRIQUEZ GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.782.393**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.