FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

Formulario No. 3546556355418

Fecha de radicación 14/01/2026

ESSC62

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:		Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A.Contributivo [X]	SI [ ]
	B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]		B.Subsidiado [ ]	NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	Registrar por la EPS 3

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALEZ	CARRILLO	KAREN	ANDREA

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1059986635	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	PUERTO TEJADA	15/09/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	No aplica
Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [X] NO [ ]	Nivel I	B02	05 - Población Sisbenizada

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.750.905	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 22 20 60	6028280000	3184745934	KARENANDREGC.15@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	PUERTO TEJADA		Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE - Km 1 Vía principal Puerto Tejada - Cali	640 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
KAREN ANDREA GONZALEZ CARRILLO	CC1059986635	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRR 22 NO 20 C 60	3184745934	karenandrea1993@outlook.com	PUERTO TEJADA	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3546556355418
Fecha de radicación 14/01/2026

[ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.		[ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
[ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.		[ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
[ ] 3. Actualización del documento de identificación		[X] 14. Movilidad:	[X] A. Régimen Contributivo
[ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.			[ ] B. Régimen Subsidiado
[ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:		[ ] 15. Traslado:	[ ] A. Mismo Régimen
[ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero			[ ] B. Diferente Régimen
[ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		[ ] 16 Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.	
[ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		[ ] 17. Reporte de trámite de protección al cesante.	
[X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		[ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	
[ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		[ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.	
[ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.		[ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.	
		[ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	14/01/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero de documento de identidad

IX. FIRMAS

Karen Andrea Gonzalez C

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3546556355418
Fecha de radicación 14/01/2026

X. ANEXOS

X	56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
	Cantidad:				1					Total 1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] 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
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones

Observaciones:

Empresa:, Asesor:alix.rengifo, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:alix.rengifo@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

Powered by CamScanner