# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)



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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☐
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. Contribución solidaria: Si ☐ No ☐
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Código (a registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
9. Tipo documento de identidad
10. Número de documento de identidad
11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
12. Sexo de identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si ☐ No ☒ — Categoría de discapacidad: Tipo | Condición
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si ☒ No ☐
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingresos base de cotización - IBC
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección: Cr 19 C #64-74 Sur | Teléfono fijo | Teléfono celular: 3244390089 | Correo electrónico: YolietHhernadez0716 | Departamento | Municipio/Distrito: Ciudad Bolívar | Localidad/Comuna | Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐ Zona

**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 completos: Primer apellido: Hernandez | Segundo apellido: Campo | Primer nombre: Katerin | Segundo nombre: Yoleth
28. Tipo documento de identidad: CC
29. Número de documento de identidad: 1027210247
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo de identificación: F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
32. Nacionalidad: Colombiana
33. Lugar de nacimiento: País: Bogota | Departamento: Cundinamarca | Municipio: Zona urbana
34. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |

| | 36. Tipo de doc. de identidad | 37. Número de doc. de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico Femenino | 39. Sexo biológico Masculino | 40. Sexo identificación F | M | T | NB | OTRO | Cuál? | 41. Lugar de nacimiento País | Departamento | Municipio | 42. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |

**Datos complementarios del beneficiario**

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN SI | 47. Tiene encuesta SISBÉN NO | 48. Clasificación SISBÉN Nivel | 48. Clasificación SISBÉN Grupo | 49. Discapacidad SI | 49. Discapacidad NO | 49. Discapacidad Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente SI | 50. Incapacidad permanente NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia Departamento | Municipio/Distrito | Zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

**Selección de la IPS primaria**

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

| | | |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

**V. 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 a pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | CC | 1027210247 | |

| 59. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito |
|---|---|---|---|---|
| Cr 19 C #64-74 Sur | 3244390089 | YolietHhernadez0716@Gmail. | Cundinamarca | Bogota D.C. |

VIGILADO Supersalud

capitalsalud
eps-s



## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. 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 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 | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál? | D D M M A A A A |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | D D M M A A A A | Código ☐ | |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración 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 el 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

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

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad |
|---|---|
| ☐ | |

### IX. FIRMAS

Katerin Hernandez

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: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Total 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.
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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐

93. Nombre de la Institución

### 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:**

VIGILADO Supersalud

**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.**

capitalsalud eps-s

## EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
## NIT 900.298.372-9

## CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CAMPO TORRES DORALID identificado(a) con Cedula Ciudadania 52166492, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20121105 | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| KATERIN YULIETH HERNANDEZ CAMPO | HI | 1027210247 | CC | 20121105 | No Registrada | Activo |

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 11 días del mes de Noviembre de 2.025

Con destino a: A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: BRAYAN ALEXANDER GONZALEZ
30516316

CER-AFI

VIGILADO Supersalud



capitalsalud eps-s AUTORIZACIONES