

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

D D M M A A A A



189678380

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución
A. Afiliación	A. Individual	A. Contributivo	A. Contribución solidaria
B. Reporte de Novedades	B. Beneficiario o Afiliado adicional	B. Subsidado	B. Si
5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código	
A. Cotizante	A. Dependiente	C. Pensionado	(a registrar por la EPS)
B. Cabeza de Familia	B. Independiente	C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BELTRAN		PACHECO	ISAAC	DE LEON
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79571317	Femenino	M X T NB Otro	Colombiano
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
CARTAGENA	COLOMBIA	BOLIVAR	CHIVACANA	06/11/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No	Si No	Nivel Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria		
		\$4.800.000			
26. Residencia	Dirección				Teléfono Fijo
	CALLE 61 #9-38				

Teléfono Celular	Correo Electrónico		
3106669072	isaacdeleonbeltranegmail.com		
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA	BOGOTA	CHAPINERO	Cabecera Municipal Resto Poblado

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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	D D M M A A A A
B1			Femenino	M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2			Femenino	M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3			Femenino	M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4			Femenino	M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5			Femenino	M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	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
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Resto Rural		
	Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					



53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		248916
B2		
B3		203013
B4		
B5		

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 documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
---------------------------	--------------------------------------	--	---

59. Ubicación Dirección	Departamento	Municipio / Distrito	Teléfono tipo o Celular
Código Electrónico			

60. Tipo de Novedad	<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.
---------------------	--

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 del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro	Cuál	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 2020/12/26	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	<input checked="" type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input checked="" type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben 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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad No 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	<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A
--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	--	--

OBSERVACIONES:	Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta su consentimiento para la inscripción en la EPS y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario	Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	RECIBIDO POR: 26 ENE 2021	Sticker procesamiento
----------------	--	--	---------------------------	-----------------------

- Original EPS- la Copia- EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -