SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

gente cuidando
NIT. 900.156.264-2

"Código Único exclusivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: 1 Dependiente [X] 2 Independiente [ ] 3 Pensionado [ ] 4 Independiente con contrato de prestación de servicios [ ] 5 Cotizante Servicio Doméstico [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

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

A. AFILIACIÓN
6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Aranda
SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE: Joan
SEGUNDO NOMBRE: Carlos
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1299612 5.
9. SEXO: [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 11 02 1994
11. NACIONALIDAD: Colombiana.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. COMUNIDAD
14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL / GRUPO
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
17. ARL
18. AFP
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Compamiliar.
20. UBICACIÓN Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Bombona
LOCALIDAD / COMUNA: 4to
BARRIO: Bomboho
CIUDAD / MUNICIPIO: Bombona
DEPARTAMENTO: Nariño
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO AURM [ ]
TELÉFONO FIJO
Ext.
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
IPS
IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO
IPS
25. FECHA NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMBINADO	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	35. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1												
2												
3												
4												
5												

	36. DATOS DE PERTENENCIA ÉTNICA	37. SEL SISBEN	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBEN NIVEL	SISBEN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1										
2										
3										
4										
5										

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

39. Nombre o Razón Social: Consolacion Pasto
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]
41. Número documento de identidad: 901 476 231
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: persona
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Bombona
Cl 007@gmail. Nariño
321776 3721
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 11 24
CARGO: AUX.
OCUPACIÓN
SALARIO: 500-000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. TRASLADO A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO
47. EPS ANTERIOR Código
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ]
49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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. [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. 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. [ ]
57. 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. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularme a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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
SEXO
FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total

64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. 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. [ ]
67. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor. [ ]
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de paradero de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
70. 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. [ ]
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
72. 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio
Código del departamento
74. Datos del SISBEN
SI [ ]
NO [ ]
Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016
SI [ ]
NO [ ]
CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
77. Firma del funcionario
78. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO
79. 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 las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VERSIÓN 01/2016

Scanned with CamScanner