

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

* 01B 20391594 *

A1855

nueva
eps

EN INTERVENCIÓN

NIT 900 156 264-2

FECHA DE RADICACIÓN

23072026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐				A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		5. TIPO DE AFILIADO		6. TIPO DE COTIZANTE		7. CÓDIGO	
SI ☐ NO ☒		A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐			

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES											
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Melo				Puerto				Erika			
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.N.	M.S.	R.C.	T.I.	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. SEXO BIOLÓGICO		12. SEXO IDENTIFICACIÓN	
		C.E.	S.C.	C.D.	A.S.	1104705765.		X M		X M T NB Otro	
13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		15. FECHA NACIMIENTO							
Colombia		colombia		Tolima		Libano		04/01/1993			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA 6	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD ☐	19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI ☐ NO ☒	20. CLASIFICACIÓN SISBEN ☐	NIVEL ☐	GRUPO ☐	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL ☐	22. ARL ☐
23. AFP	24. IBC 7750905.		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN calle 182 B # 70 A 42		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR 3176375915		CORREO ELECTRÓNICO -erikapucetto4@gmail.com			DEPARTAMENTO c/marca		
MUNICIPIO/ DISTRITO Boaco		LOCALIDAD/COMUNA			ZONA CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☒ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		IPS		

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES																		
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE						
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.G.	C.E.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				30. SEXO BIOLÓGICO		F	31. SEXO IDENTIFICACIÓN		F	M	T	NB	Otro
		S.C.	C.D.	P.T.							M	Cual?						
32. NACIONALIDAD				33. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO		

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPART. MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

[illegible]

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPO DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre e 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)	
Erika Melo Puerto		C.C.				1104705765			
59. Ubicación		Calle 182 B# 10A Y 2				CORREO ELECTRÓNICO		Bogotá	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	☒	15. TRASLADO	☐
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	☐	A) MISMO RÉGIMEN	☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐	B) DIFERENTE RÉGIMEN	☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	☐	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	☐	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____	☐	14. MOVILIDAD	☐	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	☐
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____	☐	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	☐	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	☐	20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐			21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																		
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD						62. SEXO BIOLÓGICO	F	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro	
	S.C.	C.D.	P.T.								M		Cual?					
64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	23	29	2024	67. MOTIVO DE TRASLADO	Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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.

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. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. 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.

a). 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.

b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).

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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

nueva
Marcela Cipriani
 PRIMER NOMBRE
 Código A1855
 202 7570801 - 312 3553374
 www.veps.com.co

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	--

X. ANEXOS

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL		93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	
Código del Municipio		Código del departamento	

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

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN:																
94. APELLIDOS Y NOMBRES																
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C. C.D.	C.E. E.T.	S.C.	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO				96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

DE IDENTIDAD	
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.

- ORIGINAL: E.P.S. -