FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
25896321	20/01/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación • B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo • B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado			Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante • B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	B. Independiente	C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

5. Apellidos y Nombres			
CARDENAS	MARTINEZ	NELSON	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CEDULA	1.042.459.807	Femenino Masculino •	16/10/1973 D D M M A A A A	U. LIBRE	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo (F K M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC
COLPATRIA ARL	COLFONDOS	908600

18. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo (F K M) Condición (T P)					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

RECIBIDO: ENERO 20/2021

	32. Datos de residencia	Zona (U R)	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R		CR		
B4		U R				
B5		U R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
P		
B		
B		

ET CONSTRUIR S.A.S. NIT. 901.055.585-1

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
ET CONSTRUIR SAS	NIT	901055585 1	

39. Ubicación				
CR. 42 # 45-105 LOC: 02	3311791	seguridadbarranquilla@hotmail.com	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Vigilado Supersalud