



NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX, Octubre 24 de 2016

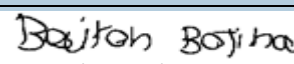
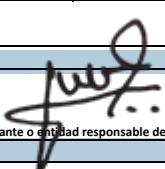
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Página 1 de 2

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 Novedades ☒	
2. Tipo de afiliación A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ D. De oficio ☐ C. Institucional ☐	
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, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)	
8. Apellidos y nombres Primer apellido: JOSA Segundo apellido: BOTINA Primer nombre: BAYRON Segundo nombre: ESTEBAN	
9. Tipo de documento de identidad CC	
10. Número del documento de identidad 1.080.043.840	
11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	
12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual ☐	
13. Nacionalidad COLOMBIANO	
14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: NARIÑO Municipio: PASTO	
15. Fecha de nacimiento 05/02/2005	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales	
16. Etnia 6	
17. Comunidad	
18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ Categoría de discapacidad:	
19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☒	
20. Clasificación SISBÉN Nivel: Grupo:	
21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA	
23. Administradora de Pensiones PORVENIR	
24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	
25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección: BARRIO JAMUNDINO Teléfono fijo: Teléfono celular: 3103090680 Correo electrónico: utconstruccionesciviles@gmail.com	
Departamento: NARIÑO Municipio/ Distrito: PASTO Localidad/Comuna: Zona: Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	
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 Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	
28. Tipo de documento de identidad	
29. Número del documento de identidad	
30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	
31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual ☐	
32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
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 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 Femenino Masculino	
40. Sexo identificación F M T NB otro cual	
41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
42. Fecha de nacimiento Día Mes Año	
Datos complementarios del Beneficiario	
43. Parentesco	
44. Etnia	
45. Comunidad	
46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO	
48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	
49. Discapacidad SI NO Categoría de discapacidad:	
50. Incapacidad permanente SI NO	
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)	
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO	
55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL CONSTRUCCIONES CIVILES	
56. Tipo de documento de identificación NIT	
57. Número del documento de identificación 901.992.337-0	
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) DEPENDIENTE	
59. Ubicación CRA 34 13 91 BARRIO LAS COLINAS 3205117706 utconstruccionesciviles2024@gmail.com Correo electrónico: PUTUMAYO Municipio/Distrito: PUERTO ASIS	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad																					
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input style="width: 50px;" type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un Código <input style="width: 50px;" type="text"/> tercero. ☐ 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. 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		Segundo apellido																			
Primer apellido		Segundo nombre																			
JOSA		BOTINA																			
Primer nombre		Segundo nombre																			
BAYRON		ESTEBAN																			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad																			
CC		1.080.043.840																			
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación																			
Femenino ☐ Masculino ☒		Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual																			
64. Fecha de nacimiento		65. EPS anterior																			
0 5 0 0 2 2 0 0 5		66. Fecha de novedad																			
		67. Motivo de traslado																			
		Código <input style="width: 50px;" type="text"/>																			
		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																			
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																					
☒ 69. Declaraciones 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 al 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		Segundo apellido																			
Primer apellido		Segundo nombre																			
Tipo de documento de identidad		Número 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																					
82. Anexo copia del documento de identidad		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>CN</td><td>RC</td><td>TI</td><td>CC</td><td>PA</td><td>CE</td><td>CD</td><td>SC</td><td>PT</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT				1					
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT													
			1																		
Cantidad de documentos de identidad 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 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.																			
		Total Anexos <input style="width: 50px;" type="text" value="1"/>																			
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																					
92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución																			
Código del municipio		Código del departamento																			
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																					
94. Apellidos y nombres		Segundo apellido																			
Primer apellido		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:																					
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																					

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente "Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño":

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí ☒ NO ☐

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Sí ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Sí ☒ NO ☐

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☒ NO ☐

En constancia se firma el día 10 mes 03 año 2020

Municipio PASTO Departamento NARIÑO

Firma del Afiliado Darthon Borja o Huella del Afiliado



Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

Vigilado