

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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: DAVILA		Segundo apellido: MENESES		Primer nombre: JEFFRY		Segundo nombre: CAMILO			
9. Tipo de documento de identidad: CC		10. Número del documento de identidad: 1.084.826.051		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: NARINO Municipio: PASTO		15. Fecha de nacimiento: 01/07/2004					
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: San Juan de Anganoy Casa 24		Teléfono fijo: <input type="text"/>		Teléfono celular: 3146126614		Correo electrónico: guanchadayana280@gmail.com			
Dirección		Departamento: NARIÑO		Municipio/ Distrito: PASTO		Localidad/Comuna: <input type="text"/>			
						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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Primer apellido									
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: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>		34. Fecha de nacimiento: <input type="text"/>					
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
35. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
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 ☐	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
41. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>		42. Fecha de nacimiento Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>							
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
Datos complementarios del Beneficiario									
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
48. Clasificación SISBÉN Nivel: ☐ Grupo: ☐		49. Discapacidad SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad: ☐		50. Incapacidad permanente SI ☐ NO ☐					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
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)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
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: <input type="text"/>									
B1									
B2									
B3									
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: 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		Correo electrónico: utconstru		Departamento: 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 type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un Código <input 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 MENESES	Primer nombre JEFFRY	Segundo nombre CAMILO
Primer apellido DAVILA	Tipo de documento de identidad CC	Número del documento de identidad 1.084.826.051	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual
64. Fecha de nacimiento 0 1 01 7 2 0 0 4		65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad 1 2 2 0 2 2 0 6		67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

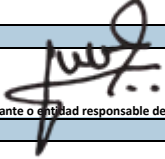
☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☒ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos 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 Primer apellido Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Segundo apellido Número del documento de identidad <input type="text"/>	Primer nombre	Segundo nombre
---	--	---------------	----------------

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 Cantidad de documentos de identidad anexos:	<table border="1"> <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																
☐ 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 type="text" value="1"/>																			

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	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 Segundo apellido Primer apellido Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Primer nombre Segundo nombre
95. Firma del funcionario		96. Fecha de radicación 1 2 2 0 2 2 0 6
97. Fecha de validación 1 2 2 0 2 2 0 6		

OBSERVACIONES:

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 03 mes 02 año 2026

Municipio PASTO Departamento NARIÑO

Firma del Afiliado Y.F. Camilo Davila 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