



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

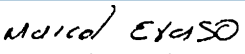
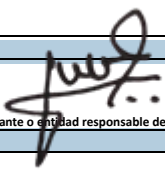
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



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: ERASO Segundo apellido: MATAJENSOY Primer nombre: MICHAEL Segundo nombre: ARMANDO	
9. Tipo de documento de identidad: CC 10. Número del documento de identidad: 1085328170 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: 08/03/1996	
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: Chapalito Mz 7 casa 10 Teléfono fijo: <input type="text"/> Teléfono celular: 3106535016 Correo electrónico: maicoleraso14@gmail.com	
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 Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>	
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: <input type="text"/> 33. Lugar de nacimiento: País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> 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: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>	
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: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> 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: <input type="text"/> Municipio/ Distrito: <input type="text"/> Cabecera Municipal: <input type="text"/> Centro Poblado: <input type="text"/> Rural disperso: <input type="text"/> Resto Rural: <input type="text"/> Teléfono fijo y/o celular: <input type="text"/> 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Dirección: <input type="text"/> Localidad/Comuna: <input type="text"/> Correo Electrónico: <input type="text"/>	
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C: <input type="text"/> 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 Correo electrónico: utconstru@bras2024@gmail.com Departamento: PUTUMAYO Municipio/Distrito: PUERTO ASIS	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> ☐ 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"/> </div> <div style="width: 33%;"> ☐ 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 Subsidado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen </div> <div style="width: 33%;"> ☐ 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. </div> </div>			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Primer apellido ERASO</div> <div>Segundo apellido MATAJENSOY</div> <div>Primer nombre MICHAEL</div> <div>Segundo nombre ARMANDO</div> </div>			
Tipo de documento de identidad <input type="text" value="CC"/>	Número del documento de identidad 1085328170	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual
64. Fecha de nacimiento <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>0 8 0 1 3 1 1 9 9 6</div> </div>			
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>0 4 1 0 1 5 1 2 1 0 1 2 1 6</div> </div>	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> ☒ 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. </div> <div style="width: 50%;"> ☒ 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. </div> </div>			
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		Primer nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad	
IX. FIRMAS			
<div style="text-align: center;">  80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional </div>		<div style="text-align: center;">  81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio </div>	
X. ANEXOS			
82. Anexo copia del documento de identidad			
Cantidad de documentos de identidad anexos: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>CN <input type="text"/></div> <div>RC <input type="text"/></div> <div>TI <input type="text"/></div> <div>CC <input type="text" value="1"/></div> <div>PA <input type="text"/></div> <div>CE <input type="text"/></div> <div>CD <input type="text"/></div> <div>SC <input type="text"/></div> <div>PT <input type="text"/></div> </div>			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> ☐ 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. </div> <div style="width: 50%;"> ☐ 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. </div> </div>			
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 nombre	
Primer apellido		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		95. Firma del funcionario	
96. fecha de radicación <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D D M M A A A A</div> </div>		97. Fecha de validación <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D D M M A A A A</div> </div>	
OBSERVACIONES:			
<div style="text-align: center;"> 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 </div>			

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 04 mes 05 año 2026

Municipio PASTO Departamento NARIÑO

Firma del Afiliado Maicol Erazo 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