30542531

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**No.Radicación: 691852**

FECHA DE RADICACIÓN: 09 / 10 / 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1210

A. AFILIACIÓN

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

| 8. PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| GIRALDO | SALAZAR | JULIAN | DARIO |

| 9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 11. SEXO BIOLÓGICO | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| CC | 1037499055 | F [ ] M [X] | F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual? |

| 13. NACIONALIDAD | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 15. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | COLOMBIA | ANTIOQUIA | SAN ROQUE | 14 | 11 | 1986 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| 16. ETNIA | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? | 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | | SI [ ] NO [X] | | SI [ ] NO [X] | | | | | SURA |

| 23. AFP | 24. IBC | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | $1,750,905.00 | $0.00 | | CL 17 SEC ALTO DE LOS MONTOYA |

| TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|---|
| | 3106763137 | Juliandariogiraldo@gmail.com | ANTIOQUIA |

| MUNICIPIO/ DISTRITO | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO [X] | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL | IPS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SAN ROQUE | | | | | | 3160 |

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

| 27. PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. | | F M | F M T NB Otro 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 | 39. SEXO 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC 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 o 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) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES L&L SAS | X T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T. | 901799054 | |

| 59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO |
|---|---|---|---|---|
| KR 24 1845 | 8656755 | octaviomarin181@gmail.com | ANTIOQUIA | SAN ROQUE |

## 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 IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
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 | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. | | F M | F M T NB Otro Cual? |

| 64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA | MES | AÑO | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 12 | 10 | 2026 | | |

## 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 mi. [ ]
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. [ ]
76. 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. [X]
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 | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
| | | | |

| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. | |

## IX. FIRMAS

80. El cotizante o cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Julian Giraldo

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio: Lorenzo Gil

## 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 | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 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 | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. | | | | | | | | |

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. -

VIGILADO Supersalud