REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 14535962

CE A1350

0108481122

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 15 / 03 / 2021

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Posada SEGUNDO APELLIDO: Posada PRIMER NOMBRE: Javier SEGUNDO NOMBRE: Alexander
7. TIPO DE IDENTIDAD: [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E.
8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1026266374
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 10 / 11 / 2021

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M / Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Colmena
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colfondos.
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 49B 7 169 - 51
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bga
DEPARTAMENTO: Cmarca
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3003861843
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DE IDENTIDAD: [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E.
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28.. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1				F M	DIA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
2				F M	DIA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
3				F M	DIA MES AÑO			F. N. M.	T. P.
4				F M	DIA MES AÑO			F. N. M.	T. P.

Oficina: Pepe Sierra
Asesor: Elsa Flores
No.º Punto de Apoyo: A1350
Area de Destino: 15-03-21

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fija	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre / código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social: Javier Alexander Posada
36. Tipo documento de identidad: [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] P.E.
37. Número documento de identidad: 1'026266374
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 49B 7 169 - 51
CIUDAD / MUNICIPIO: Bga
DEPARTAMENTO: Cmarca
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 15 / 03 / 2021
CARGO: Independiente
SALARIO: 3'500.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO
42. FECHA (a partir de): DIA / MES / AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. 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.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. 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
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IX. FIRMAS

X _____

Escaneado con CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	12-07-2008	2061103
	2a. Dosis	06-09-2008	2061103
	3a. Dosis	31-01-2009	0431024
	Refuerzo	12 MAR 2021	[illegible]

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE 145

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN CALLE

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis	12-07-2008	B5054
	2a. Dosis	06-09-2008	35054
	Refuerzo	12-08-2009	EU408024
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NEUMO. POLISACARIDO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a	01 NOV 2018	R02330
	2a	01-02-19	R02330
INFLUENZA (GRIPE)	1a	10-06-2018	R3B44
	2a	02-09-19	R3B77
	3a		

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN

Escaneado con CamScanner