

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



<b>No de Radicacion</b>
4011666123

<b>Fecha de Radicación</b>
2 6 0 1 2 0 2 4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

<b>1. tipo de tramite</b> A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		<b>2. Tipo afiliación</b> A. Individual: <input type="checkbox"/> -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>		<b>3. Regimen</b> A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
<b>4. Tipo de afiliado</b> A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		<b>5. Tipo de cotizante</b> A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		<b>Codigo</b> (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

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

<b>6. Apellidos y nombres</b> BUITRAGO Primer apellido		LOPEZ Segundo apellido		GLORIA Primer nombre		AMPARO Segundo nombre	
<b>7. Tipo documento de Identidad</b> <input type="text" value="CC"/>		<b>8. Número del documento de Identidad</b> 42107538		<b>9. Sexo</b> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>10. Fecha de nacimiento</b> 2 0 0 1 1 9 7 3	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

<b>11. Etnia</b> <input type="text"/>		<b>12. Discapacidad</b> Tipo <input type="text" value="FNH"/> Condicion <input type="text" value="TIP"/>		<b>13. Puntaje SISBEN</b> <input type="text"/>		<b>14. Grupo de poblacion especial</b> <input type="text" value="0"/>	
<b>15. Administradora de riesgos Laborales - ARL</b> POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		<b>16. Administradora de Pensiones</b>		<b>17. Ingreso base de cotizacion - IBC</b> 1300000			
<b>18. Residencia</b> CR 26 38 A 86 Dirección		3206764779 Telefono fijo		3206764779 Telefono celular		GLORIABLOPEZ609@GMAIL.COM Correo electronico	
MEDELLIN Municipio/Distrito		zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		57 Localidad / comuna		ANTIOQUIA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
<b>19. Apellidos y nombres completos</b>			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
<b>20. Tipo documento de identidad</b> <input type="text"/>		<b>21. Número documento identidad</b>	
<b>22. Sexo</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>23. Fecha de nacimiento</b>	

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

<b>24. Apellidos y nombres</b>			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
<b>25. Tipo documento de identidad</b>		<b>26. Número de identidad</b>	
<b>27. Sexo</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>28. Fecha de nacimiento</b>	
B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5	

Datos complementarios			
<b>29. Parentesco</b>		<b>30. Etnia</b>	
B1 B2 B3 B4 B5		F N M T P	
<b>31. Discapacidad</b>		Condición	

<b>32. Datos de residencia</b>		<b>33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)</b>	
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural	
Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5	

Selección de la IPS Primaria		<b>34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS</b>		<b>Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)</b>	
C VS TRANVIA - VS TRANVIA		VS TRANVIA - VS TRANVIA		VS TRANVIA - VS TRANVIA	
B -		B -		B -	
B -		B -		B -	

<b>V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO</b>							
<b>35. Nombre o razón social</b> UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF		<b>36. Tipo de identificación</b> <input type="text" value="NIT"/>		<b>37. Numero de documnto de Identificación</b> 901677020		<b>38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)</b>	
<b>39. Ubicación</b> KM 4 PAR INDUSTRIAL AVIAL GIRON Dirección		7008150 Teléfono		GERENTE@SEASINLIMITADA.COM Correo electrónico		FLORIDABLANCA Municipio/distrito	
						SANTANDER Departamento	

## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y/o corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código:
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad:  A. Régimen Contributivo  
 B. Régimen Subsidiado
14. Traslado:  A. Mismo régimen  
 B. Diferente régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
<b>Tipo documento de Identidad</b>	<b>Número documento de Identidad</b>	<b>Sexo</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>42.Fecha</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>				0 4 0 1 2 0 2 4	
<b>43.EPS anterior</b>		<b>44.Motivo de traslado</b> Código: <input type="checkbox"/>		<b>45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones</b>			

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

<b>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</b>	 <b>NELSON VERA ARAQUE</b> <b>JEFE DE RECURSOS HUMANOS</b>
	<b>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</b>

## IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN.  RC.  TI.  CC.  PA.  CE.  CD.  SC.
- Cantidad:           Total:  0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
62. 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 padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

<b>66. Identificación de la Entidad Territorial</b>		<b>67. Datos del SISBEN</b>			<b>68. Fecha de radicación</b>	<b>69. Fecha de validación</b>
<b>Código del municipio</b>	<b>Código del Departamento</b>	<b>Número ficha</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>70. Datos funcionario que realiza la validación</b>				<b>71. Firma del funcionario</b>		
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
<b>Tipo documento de identidad</b>	<b>Número documento de identidad</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Observaciones</b>						

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.