

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipo Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	
		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		B. Subsubsidado <input type="checkbox"/>	
		C. Institucional <input type="checkbox"/>			
		D. De Oficio <input type="checkbox"/>			
4. Tipo de Afiliado			5. Tipo de Cotizante		
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		
			Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>		

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN A. AFILIACIÓN

(Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres		7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número de Documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de Nacimiento	
TEJADA Primer Apellido		RIVERA Segundo Apellido		JULIANA Primer Nombre		ANDREA Segundo Nombre			
<input type="text" value="CC"/>		1104434844		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		1 6 0 1 1 9 9 8			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos Personales)

11. Etnia <input type="text" value="01"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="F N M"/> Condición <input type="text" value="T P"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de Población Especial <input type="text"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Predeterminado			16. Administradora de Pensiones PORVENIR			17. Ingreso Base de Cotización - IBC 1.300.000		
18. Residencia CALLE 42 SUR # 65A - 70 Dirección		312-6378820 Teléfono Fijo		312-6378820 Teléfono Celular		TEJADAJULIANA36@GMAIL.COM Correo Electrónico		
San Marcos Sucre Municipio/Distrito		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		SAN MARCOS / COMUNA 1 Localidad/Comuna		Sucre Departamento		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>		21. Número de Documento de Identidad	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de Nacimiento <input type="text" value="D D M M A A A A"/>	

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

24. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de Documento de Identidad		27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento	
				Femenino	Masculino		
B1						D	D
B2						D	D
B3						D	D
B4						D	D
B5						D	D

(Datos Complementarios)

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo		Condición	
				F N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado	
Municipio/Distrito		Adicional (a registrar por la EPS)	
Zona <input type="text" value="Urbana"/> <input type="text" value="Rural"/>			
Departamento			
Teléfono Fijo y/o Celular			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

(Selección de la IPS Primaria)

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE I NIVEL SAN MARCOS		707080011701	
B			
B			
B			

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

35. Nombre o Razón Social		36. Tipo de Documento de Identificación		37. Número de Documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
OUTSOURCING SEASIN LTDA		NI <input type="text"/>		900229503		1	
39. Ubicación		0007008150		repcion@seasinlimitada.		Giron	
AUTOPISTA GIRON FLORIDABLANCA		Teléfono		Correo Electrónico		Municipio/Distrito	
Dirección						Santander	
						Departamento	

40. Tipo Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción de la EPS
Código: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de Fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos de identificación del usuario

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento Identidad <input type="text"/>	Número del documento de Identidad <input type="text"/>			Sexo <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento <input type="text"/>	
		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>				42. Fecha <input type="text" value="2024/01/23"/>

43. EPS Anterior <input type="text" value="EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS"/>	44. Motivo Traslado <input type="text"/>	45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones <input type="text"/>
--	--	---

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 existencias de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que las EPS reporten 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 lo requieran
52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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 las EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la adliación colectiva, institucional o de oficio
--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad
- | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CN | <input type="checkbox"/> RC | <input type="checkbox"/> TI | <input type="checkbox"/> CC | <input type="checkbox"/> PA | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> SC | Total <input type="text"/> |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del 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 que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión material
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del 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 colectivos
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código Municipio <input type="text"/>	Código Departamento <input type="text"/>	Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo documento identidad <input type="text"/>	<input type="text"/>			71. Firma del funcionario			
		Número de documento identidad <input type="text"/>					

OBSERVACIONES



EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.
NIT: 901543761-5

Nº. DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN
DD MM AAAA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

I. DATOS DEL TRAMITE (Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipo Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De Oficio <input type="checkbox"/>	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de Cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>			

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

6. Apellidos y Nombres		7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número de Documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de Nacimiento	
Primer Apellido: Tejado		CC		1.104.434.844		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		16/07/1998	
Segundo Apellido: Rivera									
Primer Nombre: Juliana									
Segundo Nombre: Andrea									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos Personales)

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de Población Especial	
		Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC			
Surq		Poreñir		1.300.000			
18. Residencia		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Dirección: Cil 42 sur # 65A-70		3126375820		3126375820		tejadajuliana36@gmail.com	
Municipio/Distrito: Medellin		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		Departamento: Antioquia	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación de los miembros del núcleo familiar)

19. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
20. Tipo de Documento de Identidad		21. Número de Documento de Identidad	
22. Sexo		23. Fecha de Nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

24. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de Documento de Identidad		27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento														
				Femenino	Masculino															
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad			Condición	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de Residencia		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o Celular		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito		Urbana	Rural						
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social		36. Tipo de Documento de Identificación		37. Número de Documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
Union Temporal Outsourcing Gif		MF		901677020			
39. Ubicación		Teléfono		Correo Electrónico		Municipio/Distrito	
Km+4000 mts rio fno		7008150		utafiliacion@eps.com		Floriboncy Santander	
Dirección						Departamento	

40. Tipo Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> 14. Traslado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción de la EPS | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de Fallecimiento |
| Código: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado |
| | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

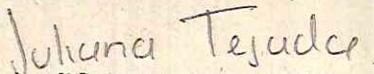
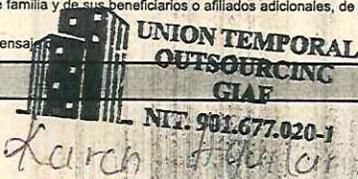
41. Datos de identificación del usuario

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de Nacimiento	42. Fecha		
Identidad		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>		23-01-2024		
43. EPS Anterior				44. Motivo Traslado	45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones		
				Código: <input type="text"/>			

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 existencias de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que las EPS reporten 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 lo requieran
52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante o del 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 las EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje

VIII. FIRMAS

 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad
- | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CN | <input type="checkbox"/> RC | <input type="checkbox"/> TI | <input type="checkbox"/> CC | <input type="checkbox"/> PA | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> SC | Total <input type="text"/> |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autorizada competente
58. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del 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 consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código Municipio	Código Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo documento	Número de documento identidad	71. Firma del funcionario					
Identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

OBSERVACIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.104.434.844**

TEJADA RIVERA

APELLIDOS

JULIANA ANDREA

NOMBRES

Juliana Tejada R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1998**

SAN MARCOS
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

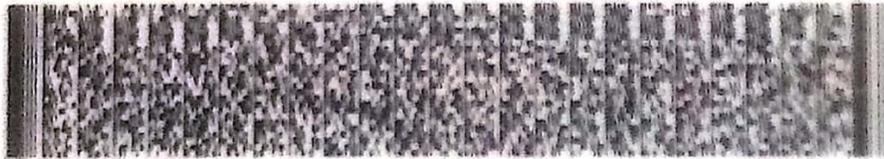
1.66
ESTATURA

B+
G. S. RH

F
SEXO

22-FEB-2016 SAN MARCOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACHA



P-2820000-90802669-F-1104434844-20160317

0049010089A 1

46231548