



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS  
SAS

ESSC62

Formulario No. 3198890355418

Fecha de radicación 25/07/2023

## I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual - Cotizante o Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
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"/>		registrar por la EPS 19	

## A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CARRETERO	BALLESTROS	LUIS	ALEJANDRO
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1003317250	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	03/09/2003

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

#### Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna			
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC		
14-28: ARL Sura	0000: Sin AFP	\$ 1.160.000		
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
CL 18 B 4 113		3108167406	luis.carretero@bluetab.net	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
VALLEDUPAR	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		CESAR	

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

#### Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	GRUPO DE CONTROL Y SERVICIOS IPS - CARRERA 13 A N° 6 B 67	2000102267

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
BLUETAB SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.	NI901208813			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 100 8 A 37	6012360220	people.colombia@bluetab.net	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

## B. REPORTE DE NOVEDADES

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 checked="" 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 en la EPS. Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento
-----------------	------------------	---------------	----------------	----------------	------	---------------------



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS

SAS

ESSC62

Formulario No. 3198890355418

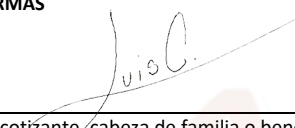
Fecha de radicación 25/07/2023

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
24/07/2023			

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☒ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ 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
- ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☒ 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
- ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

## VIII. FIRMAS

  
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total	1
Cantidad:										
<input type="checkbox"/> Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas										
<input type="checkbox"/> Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud										
<input type="checkbox"/> 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 unión marital										
<input type="checkbox"/> Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia										
<input type="checkbox"/> 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										
<input type="checkbox"/> Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor										
<input type="checkbox"/> Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente										
<input type="checkbox"/> Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital										
<input type="checkbox"/> 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										

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

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

## Observaciones

Observaciones:

Empresa:, Asesor:LUZ ADRIANA GUERRA PALECHOR, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:luz.guerra@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: <https://boxaludrc.asmet.salud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx>