

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



67370195

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia) 6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Gonzalez Segundo Apellido: Nanjarres Primer Nombre: Leonar Segundo Nombre: Fabian				
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		8. Número del documento de identidad 1090 420 835	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 10 04 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 737717
18. Residencia Dirección: AV 6 N 8-21 Comunerios Teléfono Fijo:			
Teléfono Celular: 3212573049		Correo Electrónico:	
Municipio / Distrito: Cúcuta	Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna:	Departamento: N. de Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento 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			

Datos Complementarios				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C U.A.P. Norte Salud IPS / Consultorio Oralciso E.W. B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

— Original:EPS - 1a Copia:EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO —

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

35. Nombre o razón social

Ingeniería cables y media

36. Tipo documento de identificación

NIT ☒ TI ☐ CE ☐

CC ☐ PA ☐ CD ☐

37. Número del documento de identificación

900763220-2

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección

AUSC 71301n201 B Princtos del este

Teléfono Fijo

3108668919

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

C Santa

Departamento

Nicle Santander

B. 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 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 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 de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐

RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐

Número del documento de identidad

Sexo

Femenino ☐

Masculino ☐

Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

4 4 0 2 2 0 1 7

42. Fecha

43. EPS anterior

Sanitas

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

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 los 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 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 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Leonar Gonzalez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

Daisy Duran

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad:

CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad

1

TOTAL

01

☐ 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 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 dos 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio

Código del Departamento

67. Datos del SISBEN

Número de ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

D D M M A A A A

69. Fecha de Validación

D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Tecnico en Sistemas / 3010-198016

COT:DEP COD:01.

ADJUNTO DOC. CREACION EMPRESA NIT: 900763220-2

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Julio Sandoval 450416

Sello de Radicación

EPS-Sanitas

NIT. 800.251.440-6

Fecha: 2022-02-20

Radicator: [Firma]

Aceptor: [Firma]

Sticker procesamiento