


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

		No. de Radicación 		Fecha de Radicación 	
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)					
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) CCF059	
A. AFILIACIÓN 1					
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y Nombres Saez Pacheco Argemiro Jose Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre					
7. Tipo de documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 10.820.221		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
10. Fecha de nacimiento 22/11/1979					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
11. Etnia <input type="checkbox"/> 12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> 13. Puntaje SISBEN <input type="checkbox"/> 14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva		16. Administradora de pensiones Pervenir		17. Ingreso de base de cotizante - IBC 1.500.000	
18. Residencia CU 23 # 10-59 Dirección		3145790945 Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Sahagún Municipio/Distrito		San José Localidad/Comuna		Cordoba Departamento	
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 <input type="checkbox"/>		21. Número de documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
23. Fecha de nacimiento					
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 del documento de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
B1 Fecha de nacimiento		B2 28-01-2021		28. Fecha de nacimiento	
B3 B4 B5					
Datos complementarios					
29. Puntaje SISBEN		30. Etnia		31. Discapacidad - Tipo N M T P	
B1 B2 B3 B4 B5					
32. Datos de residencia					
Municipio/Distrito		Urbana Rural		Departamento	
B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Selección de la IPS Primaria					
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud					Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C B1 B2 B3					126
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 Soluciones de ingeniería nomadas SAS		36. Tipo de documento de identificación (NIT)		37. Número del documento de identificación 900584006	
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		39. Ubicación Cra 11 # 7-05 Dirección			
3002401408 Teléfono		solucionesnomadas@gmail.com Correo electrónico		Cerete Municipio / Distrito	
Cordoba Departamento					

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 REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido: Saez Segundo apellido: Pacheco Primer nombre: Argomiro Segunda nombre: Jose
 Tipo de documento de identidad: CC Número del documento de identidad: 10.820.221 Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ Fecha de Nacimiento: 22/04/1979 42. Fecha: 10/01/2021
 43. EPS anterior: Código 44. Motivo de traslado: Código 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: 10-01-2021

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 de 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 la familia o beneficiario: Argomiro Saez
 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio: Rafael Amista Otero

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
 Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total
- ☐ 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 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 susrita 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: DDMMAAAA 69. Fecha de validación: DDMMAAAA
 70. Datos del funcionario que realiza la validación:
 Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:
 Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES:

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.