



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación 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"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante 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"/>

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

6. Apellidos y nombres Bedoya	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 3.069.500.725	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 19/01/1997
----------------------------------	---	---	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.200.000	
18. Residencia Cll 2B # 11C - 15 Sahagún	19. Teléfono fijo 3103477006	20. Correo electrónico Barrio Venecia	21. Correo electrónico Cordoba

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="text"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F M T P	32. Condición
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo - EPS	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C	
B	
B	
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 Ingeniería nomadas SAS	36. Tipo de documento NIT	37. Número del documento de identificación 900584006-4	38. Tipo de aportante o pagador de cuotas (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Cra 11 # 7-05 Dirección	40. Teléfono 3002401408	41. Correo electrónico solucionesnomadas@gmail.com	42. Municipio/Distrito Cerefé
			43. Departamento Cordoba

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 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

Apellido: <u>Bedoya</u>		Apellido: <u>Flores</u>		Nombre: <u>Miguel</u>		Nombre: <u>José</u>	
Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>		Número de documento de identidad: <u>1069500725</u>		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento: <u>19/03/1997</u>	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
Código: <input type="text"/>		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 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 intermediación 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 vigentes 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

<u>Miguel Bedoya</u> 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	<u>Rafael Anzito Olivo</u> 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
--	--

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 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		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel			
<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	71. Firma del funcionario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<u>BPAEZ@MUTUALSER.ORG</u>
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	<u>CELULAR: 3217407769</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

OBSERVACIONES:
