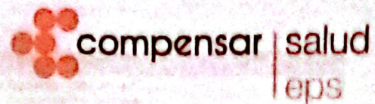


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES  
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 1031642393 Fecha de Radicación: 19/04/2024

**DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☒

Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: Chazullo, Noqueira, Sergio, Esteban

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1031642393 9. Sexo: Masculino ☒ 10. Fecha de nacimiento: 16/06/2004

11. Etnia: B5 12. Discapacidad: Tipo: A, M, Condición: P 13. Puntaje SISBEN: B5 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SUBA 16. Administradora de pensiones: Porvenir 313 270 35 29

17. Ingreso base de cotización - IBC: 18. Residencia: Carrera 98a bis #1296-45, Bogotá, Zona Urbana ☒ Rural ☐ Suba, DC.

19. Apellidos y nombres: 20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de documento de identidad: 22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ 23. Fecha de nacimiento: 10/31/42

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

24. Apellidos y nombres: 25. Tipo de documento de identidad: 26. Número de documento de identidad: 27. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒

28. Fecha de nacimiento: 29. 30. 31. Discapacidad: Tipo: A, M, Condición: P 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Departamento: Teléfono fijo y/o celular: 33. Valor de la UPG afiliado adicional (a registrar por la EPS):

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 35. Nombre o razón social: 36. Tipo de documento de identificación: 37. Número del documento de identificación: 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 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 Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☒ 15. Reporte por 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: 42. Fecha: 43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 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 intromisión 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 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: 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación institucional, municipal o de oficio:

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CC, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, Total: 57. Copia del documento 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 inscripción. 62. Documento en que conste la pérdida de la capacidad de trabajo. 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia de Salud. 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 65. Copia del acto administrativo o provvedimento de las autoridades competentes en la que se declare la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación.

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

66. Identificación de la entidad territorial: 67. Datos del SISBEN: 68. Fecha de radicación: 69. Fecha de validación: 70. Datos del funcionario que realiza la validación: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES: Habiendo en 03-2024 por el x planilla

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.