

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUDFORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSSnueva
epsgente cuidando gente
NIT 900.156.254-2

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: a) Colizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	C. Contributivo <input type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO
CO Cotizante <input type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ayala	Castro	Wilson	Alexander
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. P.A. C.D. S.C.	118199687	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	06/03/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F H M Condición T P			
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA
Porvenir	877803	Vereda Morichal Km1	U. <input type="checkbox"/> R. <input checked="" type="checkbox"/>	BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CÓDIGO IPS
Villanueva	Casanare		3108112483	Morichal
		CORREO ELECTRÓNICO		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD
							Tipo Condición
1							F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
2							F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
3							F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
4							F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
32. DATOS DE RESIDENCIA	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo allega la EPS)	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	35. NIVEL DE SISBEN	36. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			
Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Telefona Fija	Telefona Movil			
1		R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>			I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>		
2		R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>			I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>		
3		R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>			I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>		
4		R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>			I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>		

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	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
MABOH SAS	C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. <input checked="" type="checkbox"/>	900476153	6	
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	40. DEPARTAMENTO	41. TELÉFONO Fijo	42. TELÉFONO Móvil	43. CORREO ELECTRÓNICO
transv 1 n 11-75	Villanueva	Casanare	transv 1 n 11-75	rmhmbob@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO		
06/07/2020	Auxiliar de Ingeniería civil	877803		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	42. MOVILIDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	1. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/>	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	2. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/>	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/>	3. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/>
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/>	4. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	B) DIFERENTE RÉGIMEN <input type="checkbox"/>
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>		16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL GESANTE <input type="checkbox"/>
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>		17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO <input type="checkbox"/>
		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/>

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

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

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable
Wilson Ayala	Oscar Huerta

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
Cantidad: <input type="checkbox"/> C.N. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> S.C. <input type="checkbox"/>	58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
Total <input type="checkbox"/>	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 terminación de la unión marital.
	60. Copia del certificado de acopio 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 SISBEN	68. Fecha de validación	69. Fecha de validación
Código del Municipio <input type="checkbox"/> Código del departamento <input type="checkbox"/> Número de ficha <input type="checkbox"/> Puntaje <input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/>		DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

nueva
eps

RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

Nombre: WilsonClave Asesor: C2348Regional: 06-07-20Fecha: 06-07-20