



* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.158.264-2

Código Asesor
C2180

FECHA DE RADICACIÓN
31/10/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. Afiliación	B. REPORTE DE NOVEDADES	A. Individual	B. Colectiva	A. Contributivo	B. Subsidado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO		
SI NO	A. Cotizante B. Cabeza de Familia	A. Dependiente B. Independiente			

A. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. SEXO BIOLÓGICO		12. SEXO IDENTIFICACIÓN		13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		15. FECHA NACIMIENTO	
PRIMER APELLIDO GRISALES		SEGUNDO APELLIDO CRUZ		PRIMER NOMBRE GESNI		SEGUNDO NOMBRE JULIANA		COLOMBIANA		COLOMBIA		09/06/1988	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. SEXO BIOLÓGICO		12. SEXO IDENTIFICACIÓN		13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		15. FECHA NACIMIENTO	
C.N. M.C. R.C. T.C. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		1094897186		F M		F M T NB Otro		COLOMBIANA		COLOMBIA		09/06/1988	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA		17. COMUNIDAD INDÍGENA		18. DISCAPACIDAD		19. TIENE ENCUESTA SISDEM		20. CLASIFICACIÓN SISDEM		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL	
6				SI NO		SI NO						POSITIVA	
23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		27. DIRECCIÓN		28. DEPARTAMENTO		29. MUNICIPIO/DISTRITO	
PORVENIR		1423500				CARRERA 19 A # 24 A 10 VILLAS DE SAN IGNACIO		GUAVIARE		GUAVIARE		GUAVIARE	
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO		ZONA		IP	
		3203981005		grisalesyesnijuana@gmail.com		GUAVIARE		GUAVIARE		CARRERA		IP	
MUNICIPIO/DISTRITO		LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		IP		MUNICIPIO/DISTRITO		ZONA		IP	
SAN JOSE				CARRERA		IP		GUAVIARE		CARRERA		IP	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES		28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO		31. SEXO IDENTIFICACIÓN		32. NACIONALIDAD		33. LUGAR DE NACIMIENTO		34. FECHA NACIMIENTO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		F M T NB Otro		COLOMBIANA		COLOMBIA		DÍA MES AÑO	

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		37. NÚMERO DE IDENTIDAD		38. NACIONALIDAD		39. SEXO BIOLÓGICO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN		41. LUGAR DE NACIMIENTO		42. FECHA DE NACIMIENTO	
B1												PAIS DEPART. MUNICIPIO		DÍA MES AÑO	
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO		44. ETNIA		45. COMUNIDAD INDÍGENA		46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISDEM		48. CLASIFICACIÓN SISDEM		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia		ZONA	
SI NO								SI NO		NIVEL GRUPO		SI NO		SI NO		DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO		CARRERA LOCALIDAD/COMUNA ZONA IP	
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR		52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL		DIRECCIÓN		LOCALIDAD/COMUNA		CORREO ELECTRÓNICO		53. IP		54. CÓDIGO DE LA UPC (A REGISTRAR POR LA EPS)	
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)					
SI		TI C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.				INDEPENDIENTE					
59. Ubicación		DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD		61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		62. TRÁMITE	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		15. TRASLADO	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		11. INSCRIPCIÓN EPS RETIRO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		A) MISMO RÉGIMEN	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:		14. MOVILIDAD		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
				21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		62. SEXO BIOLÓGICO		63. SEXO IDENTIFICACIÓN		64. FECHA NACIMIENTO		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD		67. MOTIVO DE TRASLADO		68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PÉRDIDA DE PENSIONES	
PRIMER APELLIDO GRISALES		SEGUNDO APELLIDO CRUZ		PRIMER NOMBRE GESNI		SEGUNDO NOMBRE JULIANA				01/02/2025		Código		Código	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO		63. SEXO IDENTIFICACIÓN		64. FECHA NACIMIENTO		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD		67. MOTIVO DE TRASLADO	
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		1094897186		F M		F M T NB Otro		09/06/1988		Código		Código		Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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.		70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.	
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		73. 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.		74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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.		76. Autorización para que la EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, llamadas telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.		77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.					

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO		63. SEXO IDENTIFICACIÓN		64. FECHA NACIMIENTO	
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		1094897186		F M		F M T NB Otro		09/06/1988	

IX. ANEXOS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	

82. Anexo copia del documento de identidad:		Cantidad:		Total:	
CN MS RC TL CC CE SC PA CD AS PT					
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		85. 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 unión marital.	
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		88. 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.	
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.		90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	
				Total Anexos	

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL		Código del Municipio		Código del departamento		93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN		97. FECHA DE VALIDACIÓN	
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.						DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	

nueva eps
RECIBIDO
3150413488-3112044327