



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS

Formulario No. 288969355418

Fecha de radicación 03/12/2018

ESSC62

## I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> -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"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	registrar por la EPS <input type="text" value="3"/>

## A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALEZ	TORO	JAIRO	ANDRES
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1097033595	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	11/09/1987

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

### Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
	Ninguna			
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC		
	25-14: Colpensiones	\$ 781.242		
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
AVENIDA 2500 LOTES # 45-03		3147924552	jairoandres_0011@hotmail.com	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
PEREIRA	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		RISARALDA	

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA - Calle 18 No. 19-20 Barrio Santa Mónica de Dosquebradas	677

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
JAIRO ANDRES GONZALEZ TORO	CC1097033595	
Dirección	Teléfono	Correo electrónico
AVENIDA 2500 LOTES # 45		
Municipio/Distrito	Departamento	
PEREIRA	RISARALDA	

## B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS

Formulario No. 288969355418

Fecha de radicación 03/12/2018

ESSC62

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
01/12/2018			

## 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
- ☒ 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 novedades en 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 el celular como mensajes de texto

## VIII. FIRMAS

Jairo Amador González Torres  
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



Jairo Amador González Torres  
El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:				1				Total	1
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente																		
<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																		
<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 conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de unión marital																		
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor																		
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia																		
<input type="checkbox"/> 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																		
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud																		
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas																		
<input type="checkbox"/> 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

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

## Observaciones

Empresa: Asesor Gloria Estela Marin, Sucursal: Teléfono: Correo Electrónico: gloria.marin@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS e ingresando el código:

Url: <https://publicoboxalud.asmet.salud.org.co/cqr.aspx>