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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] 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: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1023643203
9. Sexo: Femenino Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 1
12. Discapacidad: Tipo F I N G Condición T P
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL:
16. Administradora de pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.100.000
18. Residencia: Dirección: Teléfono: 3192[illegible]821
Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogotá Zona Urbana [X] Rural
Barrio: Cundinamarca Bogotá

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:
21. Número de documento de identidad:
22. Sexo: Femenino Masculino
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 de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1	Mario	Pinto	Maria	Isabel	Cedula Ciud	41377235	X	
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F I N G	Condición M T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1	1 9 0 5 1 9 8 5	Madre				Bogota	X		Cundinamarca	3195063033	
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)
Cot.		
B		
B		
B		

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

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):
39. Ubicación: Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:

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. Código:
6. Reinscripción en la EPS. Cód:
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 Subsidiado
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: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
Sexo: Femenino Masculino
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D M M A A A A
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código:
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 intervención 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 lo requieran. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

Del Cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El trabajador, afiliado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. 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 [illegible]
62. Documento en que conste [illegible] los padres o la declaración [illegible]
63. Copia de la autorización de [illegible]
64. Certificación de vinculación [illegible]
65. Copia del acto administrativo [illegible] la calidad de beneficiario [illegible]

30 MAR 2021

Cod. 555 Lida Jasmin Heredia

SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento:
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel:
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES: APORTE MINIMO PAGO MES?

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.

VIGILADO Supersalud